	FORMA CORTA LLACON CHEQUE (FA	VOR DE FIJAR CHEQUE EN ES IGAR) NUMBIGGESSING		
٠,	GOBIERNO	DE PUERTO RICO ENTO DE HACIENDA 2000		
•	PLANILLA DE CONTRIBUCION	SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		
	ANO CONTRIBUTIVO 2	2000 O AÑO COMENZADO EL FALLECIDO DURANTE EL AÑO		
ì	1001-0-1012-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-	Número de Seguro Social Selio de Pago		
	ECRLOT B 027			
	Illian les les Iles les les Iles Iles Incoles Iles Interes Iles Incoles Iles Iles Iles Iles Iles Iles Iles I	Fecha de Nacimiento Sexo		
	O RESIDENTE ACTUAL	DIA INIBS AND		
	PO BOX 3078	Número de Seguro Social Cónyuge		
	JUNCOS PR 00777-6078	Fecha de Nacimiento del Cónyuge		
Į	Nombre a lained del Comme	Día Mes Año		
	Apellido Paterno Apellido Materno	Teléfono Residencia		
ħ	Dirección Residencial Completa (Barrío o Urbanización, Número, Calle)	Telélono Oficina		
		CAMBIO DE DIRECCION		
	Código Postal	Si D No importe:		
ſ	SI NO.			
	A. ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?	ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1) Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta		
[C. Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?	Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) Indique nombre y seguro social del cónyuge)		
1	E. L. Otros ingresos exentos de contribución? (Someta And	eto) 3) W Jefe de familia		
	F. U ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? FUENTE DE MAYOR INGRESO:	4) Soltero		
	G. Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públic	pas		
L	I. Empleado Empresa Privada			
	J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Ocupación có	PLANILLA 2001		
		cumple con los siguientes requisitos:		
	Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000.			
	Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación	No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola.		
	sujetos a retención, anualidades y pensiones.	No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es cludadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados.		
	No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos.			
	Reclama la deducción fija.			
	·			
	No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.	No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un		
	-1	Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura.		
-	Si usted no cumple con todos los re	equisitos, deberá rendir la Forma Larga.		
200	1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas	A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones,		
	SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORM	Concesiones y Propinas		
	499R-2/W-2PRT 499R-20/W-2ERR D.W-2X, SEGUN APLIQUE.	ULARIOS 1,009 00 20,945 00		
2	🗼 🙏 Area de Rantas Internas	00		
ad		00 00		
Sill	APR 1 2001	[00]		
Encasillado	Total (Núm. de comprobantes con esta planila)	00 20, 945 00		
W	CACHETABLE COLLABOR I	Contribución Retenida Salarios Federales		
	2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)	(01) 1,009 00 (02) 00		
255	3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Pa	arte II, linea 12)		
	4. Ingreso Bruto Ajustado (Sume líneas 1B, 2B y 3)	arte (1, linea 12)(03) 00 (10) 20, 945 00		
11				

ì

Formulário : GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVE Form 499R-2/W-2PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPA Rev. 05.00 COMPROBANTE DE RETENCION - W	ARTMENT OF THE TREASURY	DEPARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIA SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombri-First Name	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages	17. Subtotales-cada 41 Subtotals-every 41
Apellido(s)-Surname(s) JR TIZ OCASII Dirección Poetal del Emplando Emplando	4 . Estado Civil-Civil Status Soltero Casado Single Married	9. Comisiones-Commissions	18 Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address C MCK 3079 CDS PR 00777	Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10 Concesiones-Allowances	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN)	11. Propinas-Tips'	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 20945-00
Employer's Name and Mailing Address LS003034363 I FLORES CFT DE EDUCACION-MAESTROS	Cost of Pension or Annuity	12 Total = 8 + 9 + 10 + 11 20 945 - 00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 303. 70
STUTINA CALAS ATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla	13 Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses C • 0 0	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0 • 0 0
umero de Teléfono del Patrono noloyer's Telephone Number ucha Cierre de Operaciones perations Closing Date	Copy B for Employee's Tax Return	1009.77	23. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips
úmero Control - Control Number			24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected
Instrucciones at corso - instructions on a construction on the construction of the con	pack	16 Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0 00	Medicare Tax on Tips

	led:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc:
ESTADOLIBREA	VOR DE BARCHEQUE EN ESTE LUC
ZUUI DEPARTAM	ENTO DE HACIENDA 2001
R WWW. VALUE BE NO BE A G PLANILLA DE CONTRIBUCION	N SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS PLANILLA: O ORIGINAL ENMENDADA
LA PARTIE AND CONTRIBUTION OF THE PARTIES OF THE PA	PALLECIDO DURANTE EL AÑO
	Número de Seguro Social
Maria dedica addinidada ladadaladada	
	Fecha de Nacimiento I Sexo
4 A Samuellian Ada VAL	
2000 - 1000 - 200 - 00777-0070	Dia Mes Ano Número de Seguro Social Cónyuge
20.00 2. 00777-5073	
	Fecha de Nacimiento del Cónyuge Día Mes Año
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno	Teléfono Residencia
	(787) 284 1257
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)	Teléfono Oficina
	CAMBIO DE DIRECCION
Código Postal	O si C No importa
SI NO A. 🗹 🔲 ¿Ciudadano de Estados Unidos?	ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:
B. Residente de Puerto Rico al finalizar el año?	Casado que vivía con su cónyuge y rinde pianilla conjunta
C. La lingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? D. La lingresos de premios de jugadas en Hipódromo?	2) La Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
E. Otros ingresos exentos de contribución? (Someta An	(Indique nombre y seguro social del cónyuge) eio) 3) 🗹 Jefe de familia
F. Obligación de hacer pagos a ASUME?	4) Soltero
D. L'Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. Otros ingresos exentos de contribución? (Someta An F. Obligación de hacer pagos a ASUME? FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Pública H. Empleado del Gobierno Federal	
	Cas
I. Empleado de Empresa Privada	
Betirado/Ponsionado	DI ANILLA 2002
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Masstro Ocupación co	PLANILLA 2002 inyuge ESPAÑOL D INGLES
J Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro : Ocupación co	onyuge ESPAÑOL INGLES
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Macetro Use este formulario sólo si	cumple con los siguientes requisitos:
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000.	onyuge ESPAÑOL INGLES
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Macetro Use este formulario sólo si	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibldo ingresos de pensión alimentaria, intereses	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibldo ingresos de pensión alimentaria, intereses	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los receivos descriptos de controlos los receivos.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recibidos. Comisiones, Con	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga.
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los reconectos. Si usted no cumple con todos los reconectos. COLECTURIA Propinas	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Macetro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recontroles. 1. Sueldos, Comisiones, Compensiones COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas CONCESIONES DE 988
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Macetro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recontroles. 1. Sueldos, Comisiones, Compensiones COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas CONCESIONES DE OBANTES DE
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Macetro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recontroles. 1. Sueldos, Comisiones, Compensiones COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Macetro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recontroles. 1. Sueldos, Comisiones, Compensiones COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas CONCESIONES DE OBANTES DE
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recollecturals in todos los recollecturals in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Propinas in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. 1. Sueldos, Comisiones, Compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas OBANTES DE OS 499R-2/W-2PR, EGUN APLIQUE.
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los reconsideres de seguinas. Si usted no cumple con todos los reconsideres de seguinas. 1. Sueldos, Comisiones, Com Propinas 2. Suministre Los comprehenses de seguinas	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas Concesiones y Propinas
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resperado. Si usted no cumple con todos los resperado. 1. Sueldos, Comisiones, Con Propinas 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE Nº 1146 APR 16 2002 SELLO #135 SELLO #135 Total (Núm. de comproba con esta planilla)	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas OBANTES DE OS 499R-2/W-2PR, EGUN APLIQUE. Contribución Retenida Contribución Retenida Salarios Federales
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los reconsideres de seguinas. 1. Sueldos, Comisiones, Com Propinas 1. Sueldos, Com	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas OS 499R-2/W-2PR, EGUN APLIQUE. Contribución Retenida Salarios Federales
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resparado. Si usted no cumple con todos los resparado. Si usted no cumple con todos los resparado. 1. Sueldos, Comisiones, Compropinas SUMINISTRE LOS COMPRIBETENCION (FORMULARI 499R-2c/W-2cPR o W-2), si SELLO #135 SELLO #135 Total (Núm. de comproba con esta planilla) 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas OBANTES DE OS 499R-2/W-2PR, EGUN APLIQUE. Contribución Retenida Contribución Retenida Salarios Federales (02) 21, Por jointes Contribución Retenida Salarios Federales (02) 21, Por jointes Contribución Retenida
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resparado. Si usted no cumple con todos los resparado. 1. Sueldos, Comisiones, Com Propinas 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 APR 1 6 2002 SELLO #135 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 APR 1 6 2002 COLECTURIA 11046 CAGUAS 11046 APR 1 6 2002 COLECTU	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. requisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas OBANTES DE OS 499R-2/W-2PR, EGUN APLIQUE. Contribución Retenida Contribución Retenida Salarios Federales (02) 21, Por jointes Contribución Retenida Salarios Federales (02) 21, Por jointes Contribución Retenida

.

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc:

Formulada Company	Exhibit Page 4 of 42	<i>j</i>	
Rev. US.U1 . COMPROBANTE DE RETENC	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO A - DEPARTMENT OF THE TREASURY RION - WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	Num. Seguro Sociat Social Security No.	8. Sueldos - Wages 21,805.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Single Married	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21,805.00
Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 21, 805.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 316.17
AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAS HATO REY, PR 00919	Copia para Planilla del Empleado	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0 . 0 0
Número de Teléfono del Patrono	Copy for Employee's Tax Return	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 988 . 11	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Employer's Telephone Number Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	Año: AAA	15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,906.31	0.00 24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
Número de Control - Control Number DHA 14636133	Año: Year: 2001	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	Medicare Tax on Tips

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de redicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Rep. por: Departamento de Hacienda

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO R Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA Rev. 05.01 COMPROBANTE DE RETENC	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 21,805.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41
Apellido(s) - Surname(s)	4. Estado Civil - Civil Status	9. Comisiones - Commissions	18. Total Sueldos Seg. Soc.
ORTIZ OCASIO	Soltero Casado Single Married	0.00	Social Security Wages 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0 . 0 0	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21,805.00
Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12.Total=8+9+10+11 21,805.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 316.17
AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAS HATO REY, PR 00919	Copia para Récords del Empleado	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
	Copy for Employee's Records	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 988.11	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		15. Fondo de Retiro Retirement Fund	0.00
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	Año: OOO4	1,906.31	24. Contrib, Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
Número de Control - Control Number DHA 14636133	Año: 2001 Year: 2001	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	Medicare Tax on Tips
Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de redicación en		0.00	0.00

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 ... Desc: Exhibit Page 5 of 42

2 2 5 3 0

5 600

1960

676

2 63 6

8 234

4 294

Case:17-03283-LTS Doc#:1	2383-1 Filed:03/16/20	Entered:03/16/20 17	:39:01 Desc:		
Rev. 05.02, COMPROBANTE DE RETENC	- DEPARTMENT OF THE TREASURY ION - WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACIL ARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION		
1. Nombre - First Name LUIS	Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 22,530.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41		
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Single Married .	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages 0 . 00		
Dirección Postal del Empleado Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0 . 0 0	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0 . 0 0		
	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481.	11. Propinas - Tips 0.00	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 22,530.00		
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 22,530.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 326.69		
AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0 • 0 0		
	Copy B for Employee's Tax	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 934 . 32	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Return	15. Fondo de Retiro Retirement Fund	0.00		
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	Año: 2002	1,960.32	24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected		
Número de Control - Control Number 32279788	Year: ZUUZ	16, Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	Medicare Tax on Tips		
·		0.00	0.00		
Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau Reproducido por: Departamento de Hacienda					

Corte aqui

	i		
Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RI Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA Rev. 05.02 COMPROBANTE DE RETENCI	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre-First Name LUIS	Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 22,530.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41
Apellido(s) - Surname(s)	4. Estado Civil - Civil Status	9. Comisiones - Commissions	18. Total Sueldos Seg. Soc.
ORTIZ OCASIO	Soltero Casado Single Married	0.00	Social Security Wages 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 22,530.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 22,530.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 326 . 69
AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia C para Récords del	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses O . 0 0	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
N.	Empleado Copy C for Employee's Records	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 934.32	23. Seguro Social no Retenido ел Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		15. Fondo de Retiro Retirement Fund	0.00
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	Año: 2002	1,960.32	24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
Número de Control - Control Number 32279788	Year: ZUUZ	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	Medicare Tax on Tips
32217100		0.00	0.00

comulario 481 Rev. 05.03 PLANELACON CHEQUE FLANCHE QUE EN ESTE LUGAR)	
William Control of the Control of th	
FORMACORTA ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMIENTO (DE HACIENDA	
DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS	
ETTAN TAVELEY ET LEDITOR CONTRIBUTIVO 2003 O AÑO COMENZADO EL	PLANILLA: C ENMENDADA
dedededede	FALLECIDO DURANTE EL AÑO
Número de Seguro Social Sexo Número de Seguro Social Cónyuge Sexo	A PART Sello de Pados Carallados
M OF	
Fecha de Nacimiento Continbuyente	
1729 P2 **********************************	
RTIZ OCASIO, LUIS A E C Fecha de Nacimiento Cónyuge	
RESIDENTE ACTUAL 137285	
UNC D5 PR 00777-6078 Mes Año Cambio de Dirección	and the second second
SI No	
Planilla 2004	Control of the Contro
ombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno Plamila 2004 Español Inglés	
Teléfono Residencia	A Charles Control of the Control of
irección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) 7872861257	
Teléfono Oficina	Correo Electrónico (E-Mail)
7 8 7 7 7 8 6 6 8 7 6	
PSECONO COUNTY FOSTER	luis_o_ocasio 2004@yakos com
SI NO FUENTE DE MAYOR INGRESO:	OCUPACION:
a. Ciudadano de Estados Unidos? g. Empleado del Gobierno, Municipios y	Contribuyente
2. Corporaciones Públicas Corporaciones Públicas	外影響情報
2. C Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? h. Empleado del Gobierno Federal	Cónyuge
d ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? i Empleado de Empresa Privada	Sello de Recibido
e. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado	A STATE OF THE STA
(Obligación de hacer pagos a ASUME?	And Ama da Tana da Maria da Ma
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:	(% nacision 2)
1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 3. Jefe de familia (No para casados)	7 14 AR 2014 E. 1
2. Casado que no vivía con su conyuge (No jefe de familia) 4. Soltero	S FLED LES DON PAGE OF
(Indique nombre y seguro social del cónyuge)	The family of the state of the
Encasillado 2	STATE SHIP I'M ME
A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones
1 Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas	B-Sueklos, Comisiones, Concesiones y Propinas
Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2,	
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	huna ob anniha nocehamo don mada maden nel anen d A Lubiuss
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	huna ob anniha nocehamo don mada maden nel anen d A Lubiuss
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	y Propinas property op resistant out of the second of the
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	huna ob anniha nocehamo don mada maden nel anen d A Lubiuss
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	y Propinas property op resistant out of the second of the
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	y Propinas pritira o priestanti que servir de priestanti
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	y Propinas 2 4 2 8 0 0 0 0 Communication of the control of the c
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	y Propinas The second property of the second
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	y Propinas The second property of the second
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	y Propinas Propinas

1					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	EXPRESSO de Westernbank				
		RA DEPOSIT	RECEIPT		٠.,
	NAME OF THE OWNER OWNER OF THE OWNER OWNE			•	•
	NAME: LUIS ANGEL ORTIZ OCASIO	•	SOC SEC:		
	ADDRESS: PO BOX 3078		BIRTH DATE: TAX YEAR:	2003	•
	JUNCOS PR 00777		BRANCH NAM	IE: EXPRESSO CIDRA BRA	NCH
	A A CONTRACTOR OF THE PROPERTY				
	NAME: Deposit IRA Account ACCT NO.: 2116	000014	BANK:		KERNINGAN TURING MINANG PENGHANAN TURING PENGHAN
	TERM: 012 MONTHS MATURITY: 04/07	//2005	ACCOUNT:		
	RATE: 3.550% TYPE: 060		SOURCE:	•	
	OPEN: 04/07/2004		NEW ACCO	Cirium	•
			☐ TRANSFER	Г	ROLLOVER
			LAMOUNT	- 	
		PARED BY:		THE PERSON OF THE PROPERTY OF THE PERSON OF	ON SIGNATURE:
		arie Gutiérrez		1	. 64
	WESTERNBANK TRUST DIVISION ID 660-22-2562			<u>//</u> ·	FDIGINSURED
Rev.	05/2003	TAX RI	ETURN		
•			-		**************************************
	disrio ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO			INFORMACION PARA EL 11	INFORMACION PARA EL
	499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE 05.03 COMPROBANTE DE RETENCION - Y			DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENTA OF THE	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY
	1. Nombre - First Name	3. Núm. Seguro Soci		TREASURY INFORMATION	INFORMATION
	LUIS	Social Security No	···	8. Sueldos - Wages	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
	Apeliido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Soltero		9. Comisiones - Commissions	0.00
		Single	Casado Married	0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
	Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	5. Núm. Seguro Soci Spouse's Social S		10. Concesiones - Allowances	0.00
	JUNCOS, PR 00777	6. Núm. de Ident. Pat		0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
		Employer's ident	77 . 7 .	0.00	24,280.00
	2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	7. Costo de Pensión Cost of Pension o		12. Total=8+9+10+11	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
	L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE			24,280.00	352.06
	ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		ara Planilia	Reimbursed Expenses	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
		del Emple Copy B fo		14. Cont. Retenida - Tax Withheld	0.00
	Número de Teléfono del Patrono	Employee		1,066.76	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
	Employer's Telephone Number Fecha de Cese de Operaciones	Return		15. Fondo de Retiro Retirement Fund	0.00
	Operations Ceasing Date Número de Control - Control Number	Año: 2	2003	2,095.32 16. Aportaciones a Planes Cualific.	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
	OCOOCES A	lear.	1 T - T - T	Contributions to CODA PLANS	Medicare Tax on Tips

06836734

0.00

0.00

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/1	
PANALACONCREGUE (FAVORDE FLARCHEQUE EN ESTELLIGAR)	
FORMA CORTA ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMIENTO: DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS	State of the state
AÑO CONTRIBUTIVO 2003 O AÑO COMENZADO EL de	PLANILLA: ENMENDADA
Número de Seguro Social Número de Seguro Social Cónyuge Sexo M F	Sello de Pago Xalina
Fecha de Nacimiento Contribuyente	e il college de la la college de la college
1729 P2 ***************** llandler lenden l	
JRTIZ DCASID, LUIS A E C Fecha de Nacimiento Cónvuge	
°O BOX 3078	
Cambio de Dirección	
Vombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno Planilla 2004	
Español (Inglés	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)	Numerol of Region (1) Line 2001 (2) Line 2001
	TROUTO CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE PROPE
Teléfono Oficina Código Postal 787778 468/6	Correo Electrónico (E-Mail)
Encasillado 1	luis_o_ocasio 2004@yahon com
SI NO FUENTE DE MAYOR INGRESO: a. Ciudadano de Estados Unidos? g. Empleado del Gobierno, Municipios y	OCUPACION: Contribuyente
b. Residente de Puerto Rico al finalizar el año? Corporaciones Públicas	
c. Chingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? h. Chingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?	Cónyuge
t amount to the second of the	
d. Clingresos de premios de jugadas en Hipódromo? i. Empleado de Empresa Privada - Cliros ingresos exentos de contribución?	Sello de Recibido
d.	WALL STATE
e. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado	And the first to the second se
e. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 3. Jefe de familia (No para casados)	The State of the S
e. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:	A STR. 2003
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	Accommon and Accom
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familla) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) Encastilado	The second of th
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 3. Jefe de familia (No para casados) 4. Soltero A-Contribución Retenida SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION	ARR. MOR.
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familla) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 3. Jefe de familla (No para casados) 4. Soltero 4. Soltero	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2/W-2cPR o W-2	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones Propinas
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familla) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 3. Jefe de familla (No para casados) 4. Soltero A-Contribución Retenida SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones Fropinas 2280000000000000000000000000000000000
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) Enersillatio 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida 1. O G G O O O O O O O O O O O O O O O O	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones Propinas
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Otoligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2/PR, 499R-2c/W-2c/PR o W-2, según aplique). A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones 4 Fropinas 2 8 0 0 0 1 Tropinas 0 0 0
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2/PR, 499R-2/W-2/PR o W-2, según aplique). A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	B-Sueldos, Comisiónes, Concesiones Propinas 2 Y 2 P 0 0 0 Description of the contest of the c
e. Coltribución gresos exentos de contribución? f. Coldigación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) I Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique). A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida Contribución Retenida Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones Fropinas 2 2 2 8 0 0 0 Description of the contest of the c
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2/PR, 499R-2/W-2/PR o W-2, según aplique). A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	B-Suedos, Comisiones, Concesiones Fropinas 2

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc: Exhibit Page 10 of 42

ario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 99R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE 5.03 COMPROBANTE DE RETENCION - V	PARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY
LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address	Social Security No. Social Security No. Social Security No. Social Security No. Soltero Casado Single Married	8. Sueldos - Wages 24,280.00 9. Comisiones - Commissions 0.00	INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No. 6. Núm. de Ident, Patronal Employer's Ident, No. (EIN) 660433481	10. Concesiones - Allowances 0.00 11. Propinas - Tips	0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 24,280.00
Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 24,280.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 352.06
ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00 14. Cont. Retenida - Tax Withheld	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Fecha de Cese de Operaciones Operations Ceasing Date Número de Control - Control Number	Return Año: 2003	1,066.76 15. Fondo de Retiro Retirement Fund 2,095.32	en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0 . 0 0 23. Contrib. Medicare no Retenida
06836734 Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en e Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Ratura Pro-		16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0 - 00

Reproducido por: Departamento de Hacienda

A CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE	8/16/20 17:39:01 Desc:
FORMA CORTA 2004 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2004 DEPARTAMENTO DE HACIENDA Revisor P2 N D E A G AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL	Número de Serie
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDU	ıos
Revisor P2 N D E A G AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL	PLANILLA: LI ENWENDADA
01/01/2004 Y TERMINADO EL 31/12/2004	FALLECIDO DURANTE EL AÑO
Número de Seguro Social Número de Seguro Social Cónyuge Sexo	Sello de Pago
∑ M ☐ F	
Fecha de Nacimiento Contribuyen	te
Nombre Inicial Apellido Paterno Apellido Materno	
LUIS A ORTIZ OCASIO Día Mes Año	
Dirección Postal P.O. BOX Fecha de Nacimiento del Cónyuç P.O. BOX	ge -
3078 Dia Mes Año	and the second s
JUNCOS PR Código Postal 00777-6078 Cambio de Dirección: SI X N	lo lo
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".	
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno Planilla 2005: X Español 🗌 Inglé	ės
7 b Taranta Catalina Figuria (Maria Catalina)	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)	Número de Recibo:
787 286 1257	Importe:
Teléfono Oficina:	Corres Eteratelle / T. 44-(I)
Cédico Postul	Correo Electrónico (E-Mail)
7 8 7 4 0 3 5 3 5 4	
Encasillado 1	
SI NO FUENTE DE MAYOR INGRESO:	OCUPACION (A
a. X Ciudadano de Estados Unidos? g. X Empleado del Gobierno, Municip	OCUPACION (Anote el Código): Contribuyente
b. X Corporaciones Públicas	MAESTRO
c. 🔲 🕱 ¿Ingresos exentos de Loteria de Puerto Rico? h. 🔲 Empleado del Gobierno Federal	Cónyuge
d. X ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? i. Empleado de Empresa Privada	SSII) Age
e. X ¿Otros ingresos exentos de contribución?	Sello de Recibido
f. ☐ ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?	AND WINDS COMMON
Car Commencer bagos a Acomet	Same of the same o
	A Committee of the Comm
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:	The second that the
1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 3. 🗵 Jefe de familia (No para	The same and the
2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)	The state of the s
(Indique nombre y seguro social del cónyuge) 4. Soltero	The property of the second
Encasillado 2	The second second second
	5 5 ALS (23 32 ALS
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas A-Contribu A-Contribu	ción Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,	31 00 19 105 00
según aplique).	
1,7	53 00 16,334 00
	00 00
Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 01 2 2 , 1	8400 35439 00
the street of th	on Retenida Salarios Federales
2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)	
3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)	
The first of the f	(03)
4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)	(10) 3 5 4 3 9 0 0

Case:17-0237883 TIBREASOCIADO C#: 170 71803 TO MARKEN DEPARTAMENTO DE ENDA DEPARTAMENTO DE ENDA DEPARTAMENTO DE RETENCIÓN - WIT	HANTOFTHE MARGISTRA 2 OT 42	INFORMA: RA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
LUIS A.	3. Num. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 19105 - 50	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s)-Surname(s) ORTIZ OCASIO	4, Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Single Married	9. Comisiones-Commissions	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
P.O. BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	Num. Seguro Social Conyuge Spouse's Social Security No. Num. de Ident. Patronal	10. Concesiones-Allowances 11. Propinas-Tips	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address AFT PUERTO RICO	Employer's Ident. No. (EIN) 66-0638902 7. Costo de Pensión o Annuity	12. Total = 8 + 9 + 10 + 11 19105 • 50	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
PO BOX 361140 SAN JUAN PR 00936	Copia C para Récords del Empleado	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 457.24	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
tumero de Teléfono del Patrono imployer's Telephone Number echa Cese de Operaciones Cease of Operacions Date Virgen Comod Copyrol Number	Copy C for Employee's Records	14. Cont. Reterida -Tax Withheld 1.431.67 15. Fondo de Retiro Retirement Fund	22. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips
ADP 38388607	Año: 2004	1.350.00 16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips
Instrucciones al dorso Copia B - Instructions on	04/5-8/	/ 200/000	079 Produced by A
io & ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - CO PR-2W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPAR		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL

COMPROBANTE DE RETENCION -	EPARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name LUIS	3. Num, Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 16,334.46	17, Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Single Married	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	0.00
JUNCOS, PR 00777	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 16,334.46
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 16,334.46	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 236.85
AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia C para Récord del Empleado	13, Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses O . 0 0	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
	Copy C for Employee's Records	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 753.22	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		15. Fondo de Retiro Retirement Fund	
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date	Año: OOOA	1,380.17	0.00
Número de Control - Control Number 39198942	- Year: 2004	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/1	16/20 17:39:01 Desc:
FORMA CORTA 2005 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2005	Número de Serie
Liquida R M V1 V2 P1 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUO	S
Revisor P2 N D E A G AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL	PLANIELA: LI ENMENDADA
01/01/2005 Y TERMINADO EL 31/12/2005	☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO
Número de Seguro Social Número de Seguro Social Cónyuge Sexo	Sello de Pago
Nombre Inicial Apellido Paterno Apellido Materno	STATE OF THE HADDING OF PURITE RICE
LUIS ORTIZOCASIO Día Mes Año	
Dirección Postal Fecha de Nacimiento del Cónyuge	5360
P.C. BOX 3078 Dia Mes Año	2 13 MAR. 2006 3
JUNCOS PR Código Postal 00777 Cambio de Dirección: Sí X No	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aqui". Nambro e Inicial del Cépura - Aprillide Determina de l'ille Natural Planilla 2005: ☒ Español ☐ Inglés	SECTION
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Patemo Apellido Materno	A STATE OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)	Número de Recibo:
7 8 7 2 8 6 1 2 5 7	Importe:
Teléfono Oficina:	Correo Electrónico (E-Mail)
Código Postal 7 8 7 4 0 3 5 3 5 4	
Encasillado 1	
SI NO FUENTE DE MAYOR INGRESO:	OCUPACION (Anote el Código):
a. X Cludadano de Estados Unidos? g. X Empleado del Gobierno, Municipio	
b. X Corporaciones Públicas Corporaciones Públicas	
c. X ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? h. Empleado del Gobierno Federal d. X ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? i. Empleado de Empresa Privada	Cónyuge
e. 🗆 [X] ¿Otros ingresos exentos de contribución?	Selio de Recibido
j. Retirado/Pensionado f. J. Obligación de hacer pagos a ASUME?	The state of the s
·	Asociado de Alego
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:	The second of th
1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 3. 🗵 Jefe de familia (No para	
casados) 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)	אורי מייי פון
(Indique nombre y seguro social del cónyuge) 4. 🗀 Soitero	a a a a a a a a a a a a a a a a a a a
Encasillado 2	
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas A-Contribució SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION	on Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,	
según aplique).	5 00 6 608 00
· <u>{ </u>	
Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 01 2 1, 7 9	2 0 0 3 1 9 2 5 0 0
Contribución 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01)	
and different contraction of the	0 0 (02) 0 0
3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)	(03)
4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)	(10) 3 1 9 2 5 0 0

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc:

Exhibit Page 14 of 42

O PESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO OR-22W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE OS COMPROBANTE DE RETENCION -	EPARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 25317.37	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages O . 00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Sinole Married	8. Comisiones - Commissions 0 . 0 0 9. Concesiones - Allowances	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	5. Núm. de Ident. Patronal	0.00	0.00
JUNCOS, PR 00777	Employer's ident. No. (EIN) 660433481	10. Propinas - Tips 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25315.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	11. Total=7+8+9+10 25317.37	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE	0.00	12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 00	3 67 . 07 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia C para Récord del Empleado	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1317.38	0.00
Número da Teléfono del Patrono	Copy C for Employee's Records	14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2188.44	en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Employer's Telephone Number Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date	Año: 2005	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	0.00 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
Número de Control - Control Number 50622194	Year:	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salarias under Act No. 324 of 2004 O . 0 0	Medicare Tax on Tips 0.00

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMO BR-2/W-2FR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMEN COMPROBANTE DE RETENCION - WITH	NT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMIENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	Información para el seguro social social security information
1. Nombre - First Name LUIS A.	Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 6608.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status	8. Comisiones - Commissions	18, Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address P.O. BOX 3078	Soltero Casado Casado Single Married	9, Concesiones - Allowances	
JUNCOS, PR 00777	5. Núm, de Ident, Patronal Employer Ident, No. (EIN) 66-0638902	10, Propinas - Tips	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annulty	11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 6608 • 00	20. Contrib, Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
AFT PUERTO RICO PO BOX 361140		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses	21, Propinas Seguro Social
SAN JUAN PR 00936	Copia C para Récords	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 475.00	Social Security Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 622-3958 Fecha Cese de Operaciones Cease of Operations Date	del Empleado Copy C for Employee's Records	14. Fondo de Retiro - Retirement Fund 270.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips
Número Control - Control Number	A# -0.	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	23. Contrib. Medicare no Retenida
ADP 34271645	Year: 2005	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips

· ·	12383-1 Filed:03/16/20 Entered:	03/16/20 17:39:01 Desc:
Formulario 481 - Rev. 09.06	PLANILLACONCHEQUE/FAVORDER LARCHEOUER MEDITER LARCH	
70 19 17 200 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19	ESTADO MERE COMPO DE PUERTO RICO DEPARTO MENTO NO EL MOJENDA PE GONTRIBUCION XSOBRE INGRESOS DE INDIVIE	Número de Serie
Liquidador R G VI V2 P1	DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVID	allos
Havisor P2 N D E A M	AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL	
	me 100 . Se s.	PLANILLA ENMENDADA
Número de Seguro Social del Contribuyente	Número de Seguro Social Cónyuge	Dia Mes Año
		Sello de Pago
to Auditorial Control of the Control	Sexo: 🗪 M 🚃 F	
	echa de Nacimiento Contribuyen	nte
154015 S830 P2 ***********5-DIGIT 0077	77 Diac Mes Año echa de Nacimiento Cónyuge	
PO BOX 3078		·
JUNCOS PR 00777 CE	Día Mes Año	
vontaro e minera del conyago i periodo i atema	Dambio de Dirección: CDSI €	
24.	Planilla 2007: Español Carallel	Inglés
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Núi	mero, Calle) Teléfono Residencia	Número de Recibo:
	Teléfono del Trabajo	Importe:
Código Postal	-	Correo Electrónico (E-Mail) /,
SI NO	CHENTE DE MAYOR MODERN	
a. ¿Ciudadano de Estados Unidos?	FUENTE DE MAYOR INGRESO: g. Empleado del Gobierno, Municip	OCUPACION (Anote el Código): Contribuyente
b. Residente de Puerto Rico al finalizar el	año? o Corporaciones Públicas	NOS TO THE PROPERTY OF THE PRO
c. ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto	Rico? h Empleado del Gohierno Federal	Cónyuge
¿Ingresos de premios de jugadas en Hip	ódromo? i. Empleado de Empresa Privada	
Corros máresos exentos de coutubricion.		Estade Listo Apociado do Puerto Mica I
¿Obligación de hacer pagos a ASUME?	Ę,	A 184 3E PANTO DE HACIENDA
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTR	RIBUTIVO:	
Casado que vivía con su cónyuge y rinde plani	illa conjunta 3. Jefe de familia	77 452, 2007 731
Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe d (Indique nombre y seguro social del cónyuge a	eriha)	CLINICASIA PAGO DIN
	4.700 Soltero	marine Mathered Thomas
SUCCEMENT OF STREET		SECULATION OF SECURATION OF SECULATION OF SECURATION OF SECULATION OF SECURATION OF SECULATION OF SE
Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIO	A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
(Commutation 499H-2/W-2PH, 499R-2c/W-2cPR o W-2	1,604	
según aplique).	,656.	19,322.
		13,127.
	9	9 • ** ** ** ** **
Part I	and the growing of the strangers of the	, D - C
Total de comprobantes con esta planilla0	2 2,260	32,449
Salarios del Cohierra P	A-Contribución Retenida	B-Salarios Federales
Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)	·	(02)
Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H India	viduo, Parte II, línea 12)	9 •
Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y	3)	,
, as the initial 15, 20 y	V)	(10) 32,449.5 ·

PR 2W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE COMPROBANTE DE RETENCION - W	PARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 13127 . 14	17. Total Sueldos Seguro Social Security Wages
Apellido(s)-Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm, de Ident. Patronel Employer's Ident. No. (EIN.)	8. Comisiones - Commissions . 0.00 .	16. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withh
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	660433481	9. Concesiones - Allowances O . O O	. 0.0
JUNCOS, PR 00777	Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension	10. Propinas - Tips 0.00	19. Total Sueldos y Pro, Medi Medicare Wages and Tips 13127.1
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Dia Mes Año Day Month Year 6. Costo de Pensión o Anualidad	11. Total=7+8+9+10 13127.14	20. Contrib. Medicare Retenic Medicare Tax Withheld
L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF	Cost of Pension or Annuity 0.00	12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	190.3 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 656.75	0.0
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copy B for Employee's Tax Return	14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1121 . 23	- 22, Seguro Social no Retenid en Propinas - Uncollecter Social Security on Tips
Fecha de Cese de Operaciones: Dio Mes Año Cease of Operations Date: Doy Month Yeor	Año: 2006	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	0 . (
Número de Control - Control Number 22996108	Year: 2000	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0 . 00	en Propinas - Uncollecte Medicare Tax on Tips 0 . (

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Corte aqui

Reproducido por: Departamento de Hacienda

100 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO- 1987-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEI 1.06 COMPROBANTE DE RETENCION - W	PARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 19322.50	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0 . 0 0
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident, Patronal Employer's Ident, No. (EIN.)	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	660433481	9. Concesiones - Allowances 0.00	0.00
JUNCOS, PR 00777	Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Dia Mes Año	10. Propinas - Tips 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medica Medicare Wages and Tips 19322.50
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Day Month Yeor 6. Costo de Pensión o Anualidad	11. Total=7+8+9+10 19322.50	20. Contrib, Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
L8101321014 SU M PALMA DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF	Cost of Pension or Annuity 0.00	12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	280 . 16 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1604 . 63	0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copy B for Employee's Tax Return	14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1.649.09	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Fecha de Cese de Operaciones: Dio Mes Año Cease of Operations Date: Doy Month Yeor	Año: 2006	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	0.00
Número de Control - Control Number 23029365	Year: 2006	0 . 0 0 16. Salarios bajo Ley Núm, 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0 . 0 0	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planilla Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda



Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Formulario 481 Rev. 10.07 PLANILLACONCHEQUE(FAVORDEFLIARCHEQUEENESTELUGAR) HE TO BUILD IN THE STREET ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Numero de Serie DEPARTAMENTO DE HACIENDA Liquidador PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS Revisor AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL PLANILLA ENMENDADA y terminado el ☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Número de Seguro Social del Contribuyente Número de Seguro Social Cónyuge Sexo:

M

F Fecha de Nacimiento Contribuyente 279836 S3150 P2 *******AUTO**5-DIGIT 00777 ORTIZ OCASIO.LUIS A PO BOX 3078 Dia JUNCOS PR 00777-6078 Fecha de Nacimiento Cónyuge CE Año Nombre e Inicial del Cónyuge Cambio de Dirección: Sí No Apellido Paterno Myomuv wassing Planilla 2008: Español Inglés Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Teléfono del Trabajo Código Postal Correo Electrônico (E-Mail) Encasillado 1 NO FUENTE DE MAYOR INGRESO: OCUPACION (Anote el Código): ¿Ciudadano de Estados Unidos? Contribuyente Empleado del Gobierno, Municipios ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? o Corporaciones Públicas ¿Ingresos exentos de Loteria de Puerto Rico? Cônyuge h. 🕽 Empleado del Gobierno Federal ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? Empleado de Empresa Privada ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) j. Sello de Recibido Retirado/Pensionado 300 Lib.+ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? depart preside de Backerda ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 2013100 (...) (...) Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta Jefe de familia (No para casados) Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) Ċ (Indique nombre y seguro social del conyuge arriba) Soltero Encasillado 2 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2. según aplique). 0 0 e Total de comprobantes con esta planilla A-Contribución Retenida B-Salarios Federales 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)(01) 0 6 3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

ario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 998-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE 6.07 COMPROBANTE DE RETENCION - V	PARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 37360.00	17. Total Sueldos Seguro Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.)	8. Comisiones - Commissions 0.00	0 . 0 0
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	660433481	9. Concesiones - Allowances	Social Security Tax Withheli
JUNCOS, PR 00777	Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension	0.00 10. Propinas - Tips 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medica Medicare Wages and Tips 37360.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8101321014 SU M PALMA	Dio Mes Año Day Month Year 6. Costo de Pensión o Anualidad	11. Total=7+8+9+10	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF	Cost of Pension or Annuity 0.00	12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	541.72 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado	13. Cont. Retenide - Tax Withheld 2908.74	0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copy B for Employee's Tax Return	14. Fondo de Retiro Retirement Fund 3002.52	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Fecha de Cesa de Operaciones: Dio Mes Año Cease of Operations Date: Doy Month Yeor Número de Control - Control Number	Año: 2007	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	0 . 0 C 23. Contrib. Medicare no Reten
45514826	rear: 400 1	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0 . 0 0	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Conservacion: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planilli Retention: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Case:17-03283-LTS Doc#:12383		Entered:03/16/20 1	7:39:01 Desc:
Formulario ESTADO LIBREASOCIADO DE FUERTO RICO DE PARTAMENTO DE HACIENDA - DEP	Exhibit Page 20 of COMMONWEALTH OF PUERTO RICO ARTMENT OF THE TREASURY	HFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL
COMPROBANTE DE RETENCION -	WITHHOLDING STATEMENT	DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	3 . Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 2250.04	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s)		8. Comisiones - Commissions	2250.04
ORTIZ	4 . Núm. de ident. Patronal Employer ident. No. (EIN)		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado - Employee's Malling Address LUIS ORTIZ	66-0201206	9. Concesiones - Allowances	139.50
PO BOX 3078	 Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension 	10. Propinas - Tlps	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
JUNCOS PR 00777	Día Mes Año Day Month Year	11. Total = 7 + 8 + 9 + 10	2250.04
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annulty	2250.04	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G. MENDEZ PO BOX 21345		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses	32.63
SAN JUAN PR 00928-1345	Copia B para Planilla del Empleado	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 115.58	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
Employer's Telephone Number (787) 751-0178 Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	Copy B for Employee's Tax Return	14. Fondo de Retiro - Retirement Fund	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips
Número Control - Control Number 45758140	Año: 2007	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
Instrucciones al dorso - Instructions on		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004	Medicare Tax on Tips

INSTRUCCIONES DEBERA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

1041 TO0400

PRSoft, Inc. • (787) 622-7550 • www.prsoft.com

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos;

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Pianillas. Retention: Ten (10) years from the tiling date in the Returns Processing Bureau.

todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300; todo individuo casado que vivía con su cónyuge y que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga la Copia C de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le completen un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Income tax returns must be filed by:

- every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300; every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year individually or jointly, had a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Every person liable under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtille or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or Imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or deteat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by Imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits, if your name, address or social security number is incorrect, tell your employer to prepare a Form 499R-2c/W-2cPR.

Exhibit Page 21 of 42 Ennegrezca Completamente los Ovalos. Ejemplo 🕶 PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR) rmulario 481 FORMA CORTA Numero de Seria ESTADE LIBREASOCIADO DE PUERTO RIGO 2009 2009 Liquidador R. C. I. (2) Pt DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA ENMENDADA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBREINGRESOS DE INDIVIDUOS FALLECIDO DURANTE EL AÑO: NID1D2 E Revisor AÑO CONTRIBUTIVO 2009 O AÑO COMENZADO EL Día Mes Año Selo de Pego . y terminado el -Número de Seguro Social del Contribuyente Número de Seguro Social Cónyuge |-| | |-| | | | Nombre del Contribuyente Inicial Apellido Paterno Apellido Materno Sexo: X M Fecha de Nacimiento Contribuyente LUIS ORTIZ OCASIO Dirección Postal Día Mes URB PARAISO DE COAMO 615 Fecha de Nacimiento Cónyuge COAMO PR Código Postal 00769 Día Mes Cambio de Dirección: Sí X No "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí" Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno Planilla 2010: X Español Teléfono Residencia Numero de Reciba 787 - 403 - 5354 Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Teléfono del Trabajo Correo Electrónico (E-Mail) Encasillado 1 **FUENTE DE MAYOR INGRESO:** OCUPACION (Anote el Código): X ¿Ciudadano de Estados Unidos? g. X Empleado del Gobierno, Muni-Contribuyente X cipios o Corporaciones Públicas b ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? DIRECTOR ESCOL 8110 X ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? C. h. Empleado del Gobierno Federal X d. ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? Empleado de Empresa Privada X ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) j. Retirado/Pensionado Sello de Recibido ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? STEC (COLL) ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 2910 PA. 1 Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta Jefe de familia (No para casados) Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Soltero Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, y pase al Anejo CO Individuo. Encasillado 2 A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas Sueldos, Comísiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION 7 5 9 0 9 3 0 0 0 (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, 7 2 2 1 según aplique). 0 3 0 0 0 0 0 0 0 4 . 4 Total de comprobantes con esta planilla A- Contribución Retenida B-Salarios Federales Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) (02)Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, Ilnea 12) Período de Conservación: Diez (10) años

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc: Exhibit Page 22 of 42

Formulario Form 499R-2/W-2PR Rev. 07.09 ESTADO LIBREASOCIADO DE PUERTO RICO- DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTAMENTO DE RETENCION -	ARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ	Núm. Seguro Social Social Security No. Núm, de Ident. Patronal	7. Sueldos - Wages 9937.52 8. Comisiones - Commissions	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 9937.52 18. Seguro Social Retentido
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address LUIS ORTIZ PO BOX 3078	Employer Ident. No. (EIN) 66-0201206 5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension	9. Concesiones - Allowances 10. Propinas - Tips	Social Security Tax Withheld 616.13 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
JUNCOS PR 00777 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Dia Mes Año Day Month Year 6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 9937.52	9937.52 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G MENDEZ Apartado 21345 San Juan PR 00928-1345 Número de Teléfono del Patrono	Copia C para Récords	12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 759.52	144.09 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
Employer's Telephone Number (787) 751-0178 Fecha Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year Número Control - Control Number 01771316	del Empleado Copy C for Employee's Records Año:	14. Fondo de Retiro - Retirement Fund 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips Contrib. Medicare no Retenida
Instrucciones al dorso Copia B - Instructions on I	Year: 2009 Dack of Copy B	16. Salarios bajo Ley Núm, 324 de 2004 Salaries under Act No, 324 of 2004	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips

RSoft, Inc. • (787) 622-7550 • www.prselt.cor

Formulario Formulario Formulario Formulario Formulario Formulario Formulario DEPARTAMENTO DE PUERTO RI DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name	N - WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY
LUIS	Núm. Sequro Social. Social Security No.	7. Sueldos - Wages	INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s)		47212.80	,
ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.)	8. Comisiones - Commissions	0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address	660433481		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
PO BOX 3078		9. Concesiones - Allowances	Toolas decenty Tax withheld
	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to	0.00	409.20
JUNCOS, PR 00777	Dio Mes Año	10. Propinas - Tips 0 . 0 0	19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips
Nombre y Dirección Postal del Patrono	WORIN 160	11. Total=7+8+9+10	47212.80
comployer's Name and Mailing Address	Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	47212.80	20. Contrib. Medicare Retenida
L8101321014 SU M PALMA	on on Annuity	12. Gastos Reembolsados	Medicare Tax Withheld
DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ	0.00	Reimbursed Expenses	684.59
ESQUINA CALAF		0.00	! .
HATO REY, PR 00919	Copia C para Récord	13. Cont. Retenida - Tax Withheld	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
	del Empleado	4023.26	0.00
mero de Teléfono del Patrono	Copy C for Employee's	14. Fondo de Retiro Retirement Fund	22. Seguro Social no Retenido
mployer's Telephone Number cha de Cese de Operaciones: Dig. Mos	Records	3407.52	en Propinas - Uncollected
Cease of Operations Date: Dov Miss Ano		15. Aportaciones a Planes Cualific.	Social Security on Tips
mero de Control - Control Number	Año:	Contributions to CODA PLANS	0.00
004217903	Year: 2009	0 . 0 0 16. Salarios bajo Ley Núm, 324 de 2004 Salaries under Act No, 324 of 2004	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
		0.00	Medicare Tax on Tips 0.00

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Page 24 of 42 Ennegrezca Completamente los Ovalos. Ejemplo 🗰 Formulario .481 Rev. 11.10 PLANILLA CONCHEQUE (FAVOR DEFLIAR CHEQUEEN ESTELLIGAR) 2010 2010 Light Street 1:1.; Tirry, AÑO CONTRIBUTIVO 2010 O AÑO COMENZADO EL WINDOW E A D THE AMELIA LINE TRANSPORT de 2010 y terminadoel 31 de diciembre de 2010 PALEGO ALBART CO. Miniero de Scalico Anglet del Gentetrogratio Hê nere de Segaro Social Conyuge Maria Paul Sexo: X M Eccharde Naciolic nio Contribuyente 2. 相关: Abble Apsilido Palerno Apellido Jeatamo LUIS ORTIZ OCASIO ion Juga Pog<mark>ial</mark> Fochade Naomiente Cóm type PARAISO DE COAMO 615 CALLE PAZ Coamo, PR 00769 Cócigo Postal brapositado "Crisque la «lissem angomada filan<mark>el) aqui</mark>n. C. Contribuyente Conyuge 's probre a leuriel del Conyaga Apellid: Materno Cambio de Dirección: 🗸 🚉 🏋 🔥 Planfila 2011: X expañol . . . ingrês a implets (Perrio o Urbanización, Número, Celle), . . . Teléfono Posidenoia PARAISO DE COAMO 0 3 5 3 615 CALLE PAZ Coamo, PS Telétoro del Trabajo 00769 Combined to the Combined Street ! Código Postal LUISORTIZOCASIO@YAHOO.COM SI HO FUENTE DE MAYOR INGRESO: OCUPACION (Anote el Código). Contribuyente Х ¿Ciudadano de Estados Unidos? * X Empleado del Gobierno, Municipios Х Administrador de Escuela ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? o Corporaciones Públicas Cônyuge ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? χ. Empleado del Gobierno Federal رين يا بالكانية بالك Empleado de Empresa Privada Salle og Deelfiste Indique total \$ Retirado/Pensionado ESTADO FURSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: Mar 21 2011 8:27PM Jefe de familia (No para casados) Casado que vivía con su conyuge y rinde planilla conjunta Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 4. Soltero Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, y pase al Anejo CO Individuo, A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total de comprobantes con esta planilla n-Contribucion Retenida Godern L. Charle 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) NUMERO DE CONFIRMACION: 032120110807F2DFC41656539 Conservación: Diez (10) años Reproducido por CEGsoft

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc: Exhibit Page 25 of 42

Anejo I Individuo

2010

		Año contributivo comenzado el 1 de enero de 2010 y terminado el 31 de diciembr			2010	-		
		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	(hèrt)	rie Sa	gur.	Sign	./ v	
Non 또한	11.Fu #::401 .	LUIS ORTIZ OCASIO Ennegrezca u::c: (01)						in the same of
999. 1.		m: las y entretenimiento	· prepria s	وز درستان فراده:	ديدسولو ده ده	libra-naria-		. La sum enco
••								
	A. R	Total de gastos incurridos o pagados	(02)		7		•	
	B,	Reembolso de gastos (comidas y entretenimiento)	(03)					
	С	Diferencia (Si la linea 1B excede la linea 1A, refiérase al Anejo I individuo de la Forma Larga)	(04)				Þ	
	D. 	Diferencia (Si la línea 1A excede la línea 1B, anote el exceso acui)	(05)		п		•	
	E.	Anote el 50% de la línea 1D (Véanse instrucciones)	(06)		5			
2.	Otro	egastos						
	A.	Costo y mantenimiento de uniformes(11)						
	B.	Cuotas de uniones, colegiaciones y asociaciones profesionales	٠					
	C.	Compra de materiales didácticos por educadores						
	D.	Compra de libros técnicos propios de la profesión u oficio						
	E,	Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficic						
	F.,	Depreciación (Parte il de este Anejo)(18)						
	G.	Otros gastos de la profesión u oficio						
	Н.	Total otros gastos (Sume lineas 2A a la 2G. Anote el total aquí)	(18)	1		5 0	4	
		Paemholea de atras agetos	(19)					
	J. i	Diferencia (Si la cantidad en la línea 2 l excede la cantidac de la línea 2H, refiérase al Anejo I Individuo	(20)		3			
		Gilla linea 2H evoada la cantidad en la linea 21 anota el eva y a en este linea	(30)	1	. {	s n	4	
3.		ranto ordinarina u pagagaira (Curra II dT - O/ A - d - Curra II dT - O/ A - D - Curra II dT - O/ A - D - Curra II dT - O/ A - D - Curra II dT - O/ A - D - Curra II dT - O/ A - D - Curra II dT - O/ A - D - Curra II dT - O/ A	(31)	1	ŧ	, i ii	4	
4.	Streid	os, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 18 de la Forma Corta o línea 18 o 1C, según aplique,	(32)	4 2		3 1	7	
5.	Saiar	rios Gobierno Federal (Encasillado 2, línea 2B de la Forma Gurta o línea 2B o 2C, según aplique, del Anejo CO	(33)		3			
		relation (Currentineer (v.E)	(34)	4 2	8	; 1	7	
7.	Multip	plique la linea 6 por 4% y anote aqui	(35)	1		7 1	2	٠
	6E, C el limi		(40)	1	ŧ	5 0	0	
JMI	FRO	DE CONFIRMACION: 032120110807F2DFC程制结合设备onservación: Diez (10) años	R	eprodu	acido	рог С	EGsoft =	

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc: Exhibit Page 26 of 42

MODELO SC 6088 REV.15 OCT 04 OA 04-18

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA AREA DE RENTAS INTERNAS

CERTIFICACION DE RADICACION DE PLANILLAS DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS

NUM. CUENTA : URB PARAISO DE COAMO 615 CALLE PAZ COAMO PR 00769-9324

ÎQC1ZCWK ORTIZ OCASIO LUIS A

PERIODO CONTRIBUTI		INFORMACION SEGL	IN SISTEMA			10. Section block Sections and many care care purp page (10. Section Section Section Section Section Section S	~~~~~~
2012	RINDIO PLANILLA						————— max ma
2011	RINDIO PLANILLA	<u></u>	عبيد عبيد جدو جدو هذه يشم يسم عبيد جهو يهيد عبيد		~~~~~~	ىنىد يەن يەن يەن يەن يەن يەن يەن يەن بەن بەن بەن بەن بەن بەن بەن بەن بەن ب	يسو پيدو سب پښتر ښت. پخت څخت اينده اينده
2010	RINDIO PLANILLA			ومان واسم واسم شاهد خطار شنگ شنگ کنند کنند و Prio arts			~~~~~
2009	RINDIO PLANILLA		—————————	970 PM THE SUB-SMI AND			
2008	RINDIO PLANILLA	100 mm and				ربس چنار وابدا _ا بدا وابدا خداد ابدا خاله الله الله الله الله الله الله الل	***************************************

INFORMACION AL CONTRIBUYENTE

DE NO ESTAR DE ACUERDO CON LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA CERTIFICACION DEBERA PRESENTAR SU RECLAMACION CON LA EVIDENCIA DE RADICACION EN CUALQUIERA DE LOS CENTROS DE SERVICIOS AL CONTRIBUYENTE.

DE NO ESTAR OBLIGADO POR LA LEY A RENDIR UNA PLANILLA (APLICA SOLO A INDIVIDUOS) DEBERA LLENAR EL MODELO SC 2781, CERTIFICACION DE RAZONES POR LAS CUALES EL CONTRIBUYENTE NO ESTA OBLIGADO POR LEY A RENDIR UNA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS, EN CUALQUIERA DE LOS CENTROS DE SERVICIO AL CONTRIBUYENTE (CENTROS) Y PRESENTAR LA EVIDENCIA SOLICITADA.

PARA LA UBICACION DE LOS CENTROS, PUEDE COMUNICARSE A LOS SIGUIENTES TELEFONOS:

CAGUAS (787) 258-5272 / (787) 745-0666 SAN JUAN (787) 723-5556 / 1-877-684-3422 -(787) 844-8800 MAYAGUEZ (787) 265-5200 BAYAMON (787) 778-4949 / (787) 778-4973 / (787) 778-4974

AŚBÉL X. RIVERA LOZADA – (ARL4917)

16-Dic-2013 01:05 PM

SECRETARIO AUXILIAR DE RENTAS INTERNAS O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA Y HORA DE **EMISION**

_______Q0<u>8</u>560335 SELLO DE RENTAS INTERNAS Y SELLO OFICIAL

ADVERTENCIA

ESTA CERTIFICACION ES VALIDA, SI CONTIENE EL SELLO DE RENTAS INTERNAS, EL SELLO OFICIAL DEL DEPARTAMENTO Y LA FIRMA AUTORIZADA.

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc:

Formulario 481 Rev. 29 oct 12	- F2 - C2	27 01 42	
FORMA CORTA	PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJ	JAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)	Número de Serie
Liquidador Revisor	2012 GOBIERNO DE PUE DEPARTAMENTO DE		
	PLANILLA DE CONTRIBUCION SOI		PLANILIA ENMENDADA
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M	ANO CONTRIBUTIVO 2012 C		FALLECIDO
	1 01 de 01 de 2012 y TÉRMIN		DURANTE EL AÑO: Dia 'Mes Año
Nombre del Contribuyente Inicial Apo LUIS DRT	ellido Paterno Apellido Materno CIZ OCASIO	Número de Seguro Social Contribuyente	
Dirección Postal	<u> </u>	Fecha de Nacimiento Sexo	Sello de Recibido
	*	XM	11/04/2013 05:25:29 PM
URB PARAISO DE COAMO		Día Mes Año F	
	Código Postal 0 0 7 6 9 - 0 0 0 0 0 "	Número de Seguro Social Conyuge	
"Coloque la etiqueta en Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido P		Fecha de Nacimiento Sexo	-
Apelido P.	arento Apeliluo Materno ,	del Cónyuge Sexo	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanizaci	ión, Número, Calle)	Dia Mes Año F	
PARAISO DE COAMO		Teléfono Residencia	
B8 Calle PAZ	70 ft 2 3	(787) 403-5354	-
Coamo PR	Código Postal 00769	Teléfono del Trabajo	
	ocasio2010@gmail.com	CAMBIO DE DIRECCION: SI X NO	PLANILLA 2013: X ESPAÑOL INGLES
SI NO		E. ESTADO PERSONAL AL FINAL	
A. 🛛 📗 ¿Ciudadano de Estados l	Jnidos?	1. Casado	
B. 🔀 📙 ¿Residente de Puerto Ric	443	(Ennegrezca aqui 📘 si pase al Anejo CO Indivi	se acoge al cómputo opcional y
C. Karali i i i i i i i i i i i i i i i i i i	exentos de contribución?	2. Contribuyente individu	
D FUENTE DE MAYOR INGRESO	· •	-	aı ombre y seguro social del cónyuge si es:
	Municipios o Corporaciones Públicas		laciones de total separación de bienes
2. Empleado del Gobierno		Casado que no vivi	a con su conyuge)
3. Empleado de Empresa F	Privada	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
4. Retirado/Pensionado		Casado que rinde sepa Indique nombre y segu	arado Iro social dei cónyuge arriba)
5. Otro Su ocupación DIRECTOR ESCO	LAR 8110 Ocupación cóny	ſ	
	PASE A LA PAGINA 2 PARA DETER		
60	ESO (Encasillado 1, linea 14. indique distrit a el Estuario de la Bahía de San Juan 🦚 -		
B) Aportación al Fondo Especial para	a la Universidad de Puerto Rico		(02)
·	posite el reintegro directamente en su guenta, c		(04) 00
	RIBUCION (Encasillado 1, línea 14) 🌡 👬 👵		
i	Planilla o Electrónicamente a través de ui		
(b) Intereses (c) Recargos	y Penalidades	(07)	00.
	(Linea 2 menos línea 3(a))		(19) 176.00
	AUTORIZACION PARA DEPOS		
2 Tipo de cuenta	Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta	
Tipo de cuenta Cheques Ahorros			
			고인 아이라는 아이라는 학자들은 반별
Cuenta a nombre de:	según aparece en su cuenta. Si es casado	y rindo planitla conjunta, incluse al non	obro dol odningo)
Declaro bajo penalidad de perjurio que he exami	7-1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		
La declaración de la persona que prepara la plan			
Firma del Contribuyente / FIRMADA ELECTRONICAMENTE	Fecha 11.4 (0.4.4 (0.0.1.2)	Firma del Cónyuge	Fecha
04 Nombre del Especialista (Letra de	11/04/2013 Molde)	Nombre de la Firma o Negocio	
OLGA E CABALLERO	-/	HR BLOCK	
Firma del Especialista	Fecha 11/04/2013		ero de Registro 1
V Charles and the control of the con	NOTA AL CONTI	RIBUYENTE	
Firma del Especialista	11/04/2013	Especialista por cuenta Núme propia (ennegrezca aqui) 7 9 7	
Indique si hizo pagos por la preparac			úmero de registro del Especialista.

Formulario 4498 Sovi2	ผ_า032 83	OVE (C	2383-1 De puerto r	Filed:03/	/16/2(INMENT	O Entered:03;	/16/2	20 _– 1,7	7: 39;Q1	"Desc:	
Form		Departe	amento de Haci	Hda - Depalia	en Corti	Treasury	/ -		Duplicad Duplicad		
Rev. 09.12	}		N AL COM			RETENCION		No e	Duplicate envíe a la Ac	im. Sea. So	cial
				THOLDING	SIAIL	-MENI		Do n	ot sent to S	oc. Sec. Ad	m.
AÑO A CORREGIRSE Year Being Corrected		A CESE DE OPERACION of Operations Date	NES			. EMPLEADO Security No.			DE IDENTIFICATION IDENTIFICATION	ACION PATRO	DNAL
2012	Día - Day	•	- Year						66-043	• •	
3a. NOMBRE - First Name	e APE	LLIDO(S) - Surname(s)		4a. NO!	MBRE Y DIRECCION P	OSTAI	. DEL F			
LUIS	OR	TIZ OCASIO				ployer's Name and Mail	_				
3b. DIRECCION POSTAL	DEL EMPL	.EADO -Employee's Mai	iling Address			PT DE EDUCACION-CI 112423531	LASIFI	CADOS	3		
DEPARTAMENTO DE E	EDUCACION	1			41 - 50 11	HERA DE TELESCOLO					
COMPLETE LINEA 5a ó 5b S	OLAMENTE	SI LA INFORMACION ORIG	INAL ESTABA INC	ORRECTA. A	1	MERO DE TELEFONO MERO Y NOMBRE INCORI				only if the origin	nal
information reported was incor										y om y a tric origin	
5a.NUM. SEG, SOC. (INCO Incorrect Social Security		5b.NOMBRE DEL EMPLI Nombre - Fi	EADO (INCORRE rst Name	•		Incorrect Name -Surname(s)				o a recibir la per receive the pens	
						· ·	Día -	Day	Mes- Month	Año- Yea	ıF
Líne	a -Line	- Lun	a) Según se In As Origina	formó Orlgina lly Reported	Imente	b) Información Correct Correct Information		•		(Diferencia entre erence between	
6. COSTO DE PENSIC		LIDAD		¢ 00					* *,		
Cost of Pension or A 6A. COSTO DE CUBIERT	nnuity A DE SALUD	AUSPICIADA POR		\$.00							
EL PATRONO Cost of Employer - S				\$.00							
6B. DONATIVOS		ealai Coverage		\$.00	·····					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Charitable Contributi 7. SUELDOS	ions					1					
Wages 8. COMISIONES			\$59	9,744.00							
Commissions				\$.00							
9. CONCESIONES Allowances				\$.00							
10. PROPINAS Tips				\$.00							
11. TOTAL = 7+8+9+1	0		\$6	9,744.00		<u> </u>				······································	
12. GASTOS REEMBOLS			Υ.	·		.					
Reimbursed Expens 13. CONTRIBUCION F Tax Withheld		e Benefits		\$.00							
Tax Withheld 14. FONDO DE RETIR		LABITAT TALL	\$	957.22			-				
ള് Governmental Retire	ement Fund			\$.00							:
E 15. APORTACIONES Contributions to COI		CUALIFICADOS		\$.00			1				
16. SALARIOS BAJO Salaries under Act		04		\$.00							
16A. APORTACIONES	AL PROGR	AMA AHORRA Y									· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
DUPLICA TU DINE Contributions to the Sa	ve and Double			\$.00							
17. TOTAL SUELDOS Social Security Wa		SOCIAL.	\$	9,744.00				***************************************			
18. SEGURO SOCIAL	RETENIDO)	 	409.25			$\neg \dagger$				
Social Security Tax		FDICARE	 								1 74 %
Medicare Wages an	d Tips		\$	9,744.00					·		
20. CONTRIBUCION I Medicare Tax Withh		RETENIDA		\$141.29	1: 1						
21. PROPINAS SEGU	RO SOCIAL	•		\$.00	···			* *			
Social Security Tips 22. SEGURO SOCIAL	NO RETEN			\$.00						·	
Uncollected Social S 23, CONTRIBUCION MEI		on Tips RETENIDA EN PROPINAS	<u> </u>					····		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
- Uncollected Medica	re Tax on Tip		1	\$.00							
RAZONES PARA EL CA Reasons for the char		11 1	0 1	}		: :			•		
FIRMA DEL PATRONO			100			TITULO - Title			FEC	HA - Date	
Employer's or Duly Author		* figure L	- 	\rightarrow					10	/ABRIL/2013	
Humberto Tabia Fon	Control	Number	NUMERO CO	NTROL DEL CO	OMPROBA	ANTE ORIGINAL - CONTRO		per of		. ,	ement
120038 VEANSE INSTRUCCIONE						125552824 Copia C	•	del En	ohealor	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
SEE INSTRUCTIONS ON E						Copy C -	Emplo	ee's R	ecord		
						₽en	roduci	αo. De	nartamento :	de ⊢ducaciór	1

Formulario Galsaid TctQ3283-LTS Doc#.12	2383-1 Filed:03/ DE PUERTO RICO - GOVE PMENTO DE PLANTA DE PART	16/20 Enter	ed:03/16/	/20 <mark>17:39:01</mark>	Desc:
				✓ Corre	ction ado
	N AL COMPROBAN		CION	No envíe a la	
AÑO A CORREGIRSE 1. FECHA CESE DE OPERACIO	NES 2a. NUM.S	EG. SOC. EMPLEADO	7 2		O SOC. SEC. Adm. FICACION PATRONAL
Year Being Corrected Cease of Operations Date		's Social Security No.		Employer Identifica	
	- Year			66-	0433481
3a. NOMBRE - First Name APELLIDO(S) - Surname(s)	4a. NOMBRE Y DIRI Employer's Nam			
LUIS ORTIZ OCASIO					
3b. DIRECCION POSTAL DEL EMPLEADO -Employee's Mai	lling Address	DEPT DE EDUC L8112320297	ACION-CLAS	MCADOS	
PO BOX 3078		4b. NUMERO DE TE	ELECTION TO	lanhana Number	
COMPLETE LINEA 5a 6 5b SOLAMENTE SI LA INFORMACION ORIG information reported was incorrect. Enter the incorrect Social Security Nur	INAL ESTABA INCORRECTA. A				or 5b only if the original
5a.NUM. SEG. SOC. (INCORRECTO) Incorrect Social Security No. Nombre - Fi		nployee's Incorrect Na ellido(s) -Surname(s) Dai	. Fecha en que com te on which you starte a - Day Mes- Mo	enzó a recibir la pensión: d to receive the pension:
Línea -Line	a) Según se Informó Origina As Originally Reported			c) Aumento (Reducc	ión) (Diferencia entre a y b) (Difference between a and b)
6. COSTO DE PENSION O ANUALIDAD	# # #		,		
Cost of Pension or Annuity 6A. COSTO DE CUBIERTA DE SALUD AUSPICIADA POR	\$.00				
EL PATRONO Cost of Employer - Sponsored Health Coverage	\$.00				
6B. DONATIVOS Charitable Contributions	\$.00				
7. SUELDOS Wages	\$38,860.00		······································		
8. COMISIONES	\$.00				The state of the s
Commissions 9. CONCESIONES					
Allowances 10. PROPINAS	\$.00				
Tips	\$.00				14.3
11. TOTAL = 7+8+9+10	\$38,860.00				
12. GASTOS REEMBOLSADOS Y BENEFICIOS MARGINALES 값 Reimbursed Expenses and Fringe Benefits	\$.00		***************************************		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
13. CONTRIBUCION RETENIDA	\$2,289.52				
14. FONDO DE RETIRO GUBERNAMENTAL					
Governmental Retirement Fund 15. APORTACIONES A PLANES CUALIFICADOS	\$3,407.52				
Contributions to CODA PLANS	\$.00				:
16. SALARIOS BAJO LEY 324-2004 Salaries under Act 324-2004	\$.00				
16A. APORTACIONES AL PROGRAMA AHORRA Y DUPLICA TU DINERO					AP-ORONA DISCL
Contributions to the Save and Double your Money Program	\$.00				
17. TOTAL SUELDOS SEGURO SOCIAL Social Security Wages	\$.00				
18. SEGURO SOCIAL RETENIDO Social Security Tax Withheld	\$.00			:	
19. TOTAL SUELDOS Y PROPINAS MEDICARE Medicare Wages and Tips	\$38,860.00				
20. CONTRIBUCION MEDICARE RETENIDA Medicare Tax Withheld	\$563.47				
21. PROPINAS SEGURO SOCIAL Social Security Tips	\$.00				
22. SEGURO SOCIAL NO RETENIDO EN PROPINAS Uncollected Social Security Tax on Tips	\$.00				1 4
23. CONTRIBUCION MEDICARE NO RETENIDA EN PROPINAS	\$.00		:		
- Uncollected Medicare Tax on Tips RAZONES PARA EL CAMBIO:	4.00			<u></u>	
Reasons for the change:	α				
FIRMA DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZA Employer's or Duly Authorized Agent's Signature	vol-	TITULO - 1	Γitie		ECHA - Date
Humberto Tapia Fontanez (/ / / / / / / / / / / / / / / / / /	0		·		10/ABRIL/2013
NUMERO CONTROL - Control Number 120038739	NUMERO CONTROL DEL CO		Control nu 25551788	mber of original	withnolding statement
VEANSE INSTRUCCIONES AL DORSO SEE INSTRUCTIONS ON BACK			•	ola del Empleado loyee's Record	
				cido: Departamen	to de Educación

r	Liquid 462 Hev. 31 oct 19 203, LTS Doc# 12303-1 Filed:	03/16/20 Entered:03/1	6/20 17:39:01 Desc:
	20 L ESTAPOLIBIE ASOPA DEPARTAMENTO PLANILLA DE CONTRIBUCION SO AÑO CONTRIBUTIVO 2013	MODE BERTOFINA 26 . 3 DE HACIENDA DE RE INGRESOS DE INDIVIDUOS DO AÑO COMENZADO EL	Número de Serie
1	RO VI V2 PI P2 N D1 02 E A M	.)	C PLANILLA ENMENDADA
Ļ		ADO EL 31 de 12 de 2013	FALLECIDO DUPANTE EL AÑO: Nes Año
	Nombre del Contribuyente Inicial Applito Paterno Applido Materno	Número de Seguro Social Contribuyente	CONTRIBUYENTE CONVUGE
\vdash	Dirección Postalo		CONYUGE SUPERSTITE RINDE OTRAPLANILLA PARA ELAÑO CONTRIBUTIVO:
	URb. Paraiso de Coamo 6/5	Lecus de Mahimenio Gevo	Sello de Recibido
08000000	$C \cdot O D$	Número de Seguro Social Cónyuge	Estado Ligre Ascorado da Puert. P DEPARTAMENTO DE HACIENE 1 1141-Corecilidas Barranquitas G. FIE CIBIDO
t	"Coloque la etiqueta engomada (Label) aqui".	Fecha de Nacimiento del Sexo Cónyage	
	ombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno	Dia Mes Año F	0.8 ABR. 2014
Di.	resción flesidencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) YCLYCLISO de Co Anno	1787 103-5354	110 Active 1 Ft B
	38 CALLE PAZ Código Postal CO769	Teléfono del Trabajo . () -	SECHETABLE DE HEGIENDA
	rreo Electrónico (E-Mail)	CAMBIO DE DIRECCION: SI No I	PLANILLA 2014: OESPAÑOL OINGLES
_	SI NO		
		F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZ 1. Casado	AR EL ANO CONTRIBUTIVO:
	B. ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución?		acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo
	(Someta Anejo IE Individuo)	Test	
Cuestionario	(Someta Anejo le Individuo) D. J. Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. Empleado del Gobierno Federal 3. Empleado de Empresa Privada 4. Retirado/Pensionado 5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. Otro	Contribuyente individual (Ennegrezca e Indigue non	nbre y seguro social del cónyuge si es:
ű	E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:	Casado con capitulac	ciones de total separación de bienes
i	S 표 . COENTE DE MATOR INGRESO: 1.	Casado que no vivía	con su cónyuge)
lä	2. Empleado del Gobierno Federal	3. Casado que rinde separado	
	3. C Empleado de Empresa Privada 4. Retirado/Pensionado	(Indique nombre y seguro	social del cónyuge arriba)
	5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		
	£ 6. Otro		
	Su ocupación Ocupación cónyu	ge T	CONTRATO GOBIERNO: Contribuyente Cónyuge
	PASE A LA PAGINA 2 PARA DE	TERMINAR SU REINTEGRO O PAG	6
2	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribut	ción en las líneas A. B. C. v. D.)	(01) (01) 00
eintegro	A) Acreditar a la contribución estimada 2014	3+1+++(1+)++++++++++++++++++++++++++++++	(00)
<u>ङ</u>	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan	**1************************************	ino) in
Ш.,	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico		(04) 00
d Palane	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en un		
	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28)		(06) 00
Pago	o menos: Cantidad pagada (a) Con Plantila o Electrónicamente a través de u	n Programa Certificado	(07)
Fa	(b) Intereses		
	(c) Recargos y Penalidades		00
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))		(10) 00
او	Tino de ausanta	OSITO DIRECTO DE REINTEGRO	
Deposito	Número de ruta/tránsito Cheques Ahorros	Número de su cuenta	
밁	C sireques C Allorius		<u>┛┞┈┈┦┈┈┦┈┈┦┈┈┦┈┈┦┈┈┦┈┈┦</u> ┈┈┦
_	Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si	у	
Decl	aro haio penalidad de periurio que he ovaminada la información instalat.		
	aro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planifla leclaración de la persona que prepara la planifla (excepto el contribuyente) es con re	- P w w mierindoloti diapolible 4 di	ian, y que la misma es cierta, correcta y completa.
i ma	del Contribuyente Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
T	Nombre del Especialista (Letra de Molde)	У	
(, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	Nombre de la Firma o Negocio	
irma	del Especialista Fecha	Especialista por cuenta Número de R	Palstro
		hrobia (eurediezca adni)	
SIV.	OTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla:	Sí No. Si contestó "Sí", exija la	firma y el número de registro del Especialista.
	Periodo de Conservac		

Fermulation Fermulation	- WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 38860.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s)	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)	8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances	0.00
ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address	5. Fecha en que comenzó a recibir la	0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	pension - Date on which you started to receive the pension	10. Propinas - Tips 0.00	0.00
•	Dia Mes Año Day Month Year	11. Total⇔7+8+9+10 38860.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0 . 0 0	12, Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0 . 0 0	38860.00
DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Costof amployer-sponsored health coverage	13 Cont Patarida - Tay Withhold	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
HATO REY, PR 00919	0.00	14: Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund	563.47
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	6B. Donativos Charitable Contributions	3407.52	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
A STATE OF THE STA	0.00	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	0.00
Fecha Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	Copia B para Planilla del Empleado	0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number	Copy B for Employee's Tax Return	16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 O . 0 O	Social Security Tax on Tips
C400001 Número Control - Control Number	Año: Year: 2013	16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program	23. Contrib. Medicare no Retenid en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
004529169	rear: ZUIO	0.00	0.00

Conservacion: Ulez (10) ands a partir de la techa de l'accadion en et regocar Retention: Ten (10) years from the filling date in the Return Processing Burson		Reproduci	ido por: Departamento de Haciendo
Formulatio Company of 13 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO R DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DI COMPROBANTE DE RETENCION		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm, Seguro Social Social Security Mo	7. Sueldos - Wages 38860.00	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident, No. (EIN) 660433481	Comisiones - Commissions O . 0 0 Concesiones - Allowances	0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to	0.00	Social Security Tax Withheld
PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	receive the pension Dia Mes Año	0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	Doy Month Year 6. Costo de Pensión o Anualidad	11. Total=7+8+9+10 38860.00 12. Gestos Reemb. y Beneficios Marginales	Medicare Wages and Tips 38860.00
Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS	Cost of Pension or Annuity 0.00	Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1986 - 88	563.47
HATO REY, PR 00919 Número de Teléfono del Patrono	6B. Donativos	14. Fondo de Retiro Gubernamentel Governmental Retirement Fund 3407.52	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
Employer's Telephone Number Fecha Cese de Operaciones: Dio Mes Ano	Charitable Contributions 0.00	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	0.00 22. Seguro Social no Retenido
Cease of Operations Date: Day Month Year Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's	0.00 16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0.00	en Propines - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
C400001 Número Control - Control Number	Records Año: 2012	16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
004529169	Year: 2013	0.00	0.00

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc: Exhibit Page 32 of 42

D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (175) 299 00 2 TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, Ilnea 28) (05) (07) (07) (07) (07) (07) (07) (07) (07	Forn	nutario 482 Rev. 31 oct 14		`	gc 02 01 - -2					
PLANILLA DE CONTRIGUENDO 2014 O AND CONTRIGUENDO 201	L	FORMA ÚNICA	2014			2014		. Número de	Serie	
AND CONTRIBUTION 2014 O AND CO		Liquidador Revisor	DIAMIL					•		
Common	L		A				O F	LANILLA ENMENDADA	1974 P. Variable (1974)	-
Part	R	G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M					0	ALLECIDO DURANTE EL AI	ÑO:	
CASSIO ORTICE OCASIO ORTIC OCASIO								CONTRIBUYENTE		no
December Provided	ы	· ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' '			Numero de Seguro Socia	al Contribuyente	O	CÓNYUGE SUPÉRSTITE RI	NDE OTRA PLANILLA	corial
Coamp PR Coring Phosos Coring Pr C	Di	necton Postal			Fecha de Nacimiento	Sexo		del cónyuge fallecido		
616 Calle PAZ Coamo PR Corgo Peaul. Ret ten initiacid act Corpusp Apolido Practo Costago Peaul. Contribuyoras de Costonia. Costago Peaul. Contribuyoras de Costonia. Costago Peaul. Contribuyoras de Costonia. Contribuyora	Ur	b PARAISO DE COAMO			Fus Mou Aug		No receptable	Sello de Re	cipido	durantei
Coamo PR Cestgo Proux. Terras de Ricumense set Sear Comyage Aprillo Fronte de Coamo PR Coam	61	5 Calle PAZ				_	11 5.8	BIJGEA STATU BUBI CTHAMARMAPAG	onerferd Bazioah Bg	Υνης A
Normition initiaal and Corynaps Apolitic Planteins Apolitics Planteins Dis Mos No Control Planteins Co	C	oamo PR	Carban Duris	00769			-			
Diametria de locarda (Corprega) Aprilia Manama Diametria Manama			Congo rosi			i cono				Ţ.
Discostant Compast Blance Childrenia Childr	Nor	nbre e Inicial del Conyuge — Apellido Paterno	Apello	rio Materno		○ F		13 401	1. 2015	# {
Section Part	Dire	ccion Residencial Completa (Barno o Urbanizacion, Num	ero, Calle)		Ĕ		7		_	Į.
CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasiblado 3 linea 28 la Contribuyente de					1 /			Jun Ziona	ro 3 - 645	
Counting			Codigo Po	stat 00769					' 48'	
S. NO A COURTIGUCION PAGADA EN EXCESO (Carolidade in Industria o Inspecto priority) PASE A LA PAGIBIA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 2. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Carolidade a la proposition) PASE A LA PAGIBIA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 2. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Carolidade a la proposition) PASE A LA PAGIBIA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 2. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Carolidade a la proposition of the la proposition of the lateral proposition of the la				·····	CAMBIO DE DIRECCIÓN: C	⊃ 21 QX O №	#400000pp	the same		A. S. DOG PA
8 © Countedon de Estados Unidos? C © Qo Consignosos excluidos o resertos de contribucion? C Someta Anejo El Individuo) D. Contribuyere a indique nombre y seguro social del cónyuge si es: Conseta Anejo El Individuo) D. Contribuyere a indique nombre y seguro social del cónyuge si es: Conseta Anejo El Individuo) D. Contribuyere a indique nombre y seguro social del cónyuge si es: Conseta Anejo El Individuo (Contribuyere a indique nombre y seguro social del cónyuge si es: Conseta Anejo El Individuo) D. Contribuyere a indique nombre y seguro social del cónyuge si es: Consedo que no vivite con su cónyuge Entrelado del Colomo Foderal 3. Conseta Propia (Indepe la industria o negocio principal) 6. O lino Su coupedon Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasitado 3, Innea 28. Indique distributión en las lineas 2015 B. Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente a una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 7. Toron A PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, Innea 28. Indique distributión en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 8. Menos: Cantidad pegado (s) Con Planilla o Electrónicamente a traves de un Programa Certificado D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 9. Tipo de cuenta Namero de ruteliránatio Namero de su cuenta Ocupación de Contribuyero de la contribución en los de reintegro directamente a traves de un Programa Certificado Declaro belo pepalidad-de-perpirto que he examinado la información incluída en esta planilla, anajos y documentos que se acompañan, y que la misma es cieta, correcta y compidad. 8. Produces Sanytilágo Torreta y compida. 9. Pro	501		ILLA? CXO SI	○ No	SOLICITÓ PRÓRROGA: C	⊃ SI CXO No	PLAN	ILLA 2015: 💢 ESPAN	OL OINGLES	
C. Op Clores ingresses exclusions or unemback of combibucion? (Someta Anejo E Individuo) D. Op Cythoridino restricts de combibucion? (Someta Anejo E Individuo) D. Op Cythoridino restricts de combibucion? (Someta Anejo E Individuo) D. Op Cythoridino restricts? (Someta Anejo E) P1 Individuo D. Op Cythoridino restricts? (Someta Anejo E) P1 Individuo D. Op Cythoridino restricts de Combibucion? (Someta Anejo E) P1 Individuo D. Op Cythoridino restricts? (Someta Anejo E) P1 Individuo D. Op Cythoridino restricts? (Someta Anejo E) P1 Individuo D. Op Cythoridino restricts? (Someta Anejo E) P1 Individuo D. Op Combibuscione of Combibuscione Pidera D. Op Combibuscione Stimator P1 Individuo) D. Op Combibuscione Stimator P1 Individuo D. Op Decimator Decimator Districts Individuo Indi			nidos?		The second secon	INALIZAR EL	AÑO	CONTRIBUTIVO:		
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge CONTRATO GÓBIERNO: PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, linea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	I			וט) Distance accorden	al cómpi	uto opcional v pase al Ane	rio CO (ndividuo)	(FA)
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge CONTRATO GÓBIERNO: PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, linea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)							er i er i er		gr	<u>8</u> 0
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge CONTRATO GÓBIERNO: PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, linea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	.º	D. O Scindividuo residente inversi		2. Q			r seaur	o social del cónvune :	si es:	P.F.
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge CONTRATO GÓBIERNO: PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, linea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	ä	Connecta Actego F a Individuo	,		Casado con o	apitulaciones	de tota	il separación de bienes		ARC
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge CONTRATO GÓBIERNO: PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, linea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	Stic	E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: Empleado del Gobierno, Municip	ios o Corporacion	nes Públicas	Casado que r	no vivia com si	u conyi	1 d e)		NOON
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge CONTRATO GÓBIERNO: PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, linea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	'n	2. Empleado del Gobierno Fodera	al							NH 3
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge CONTRATO GÓBIERNO: PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, linea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)		2. Chipicado de Chipicad i fivido	a		(Indique nombre y	seguro soci	al del	conyuge arriba)		300
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge CONTRATO GÓBIERNO: PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, linea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)		5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la		ocio principal)						LUG
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasitlado 3, linea 28. Indique distribución en las lineas A, B, C y D) (6) (299 (6) A) Acreditar a la contribución estimada 2015 (8) (8) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (9		6. C 000						CONTRATO GO	DBIERNO:	æ
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, linea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) (m) 299 (m)	L	Su ocupación <u>Maestro de Esc</u>	uela 61	10 Ocupación cónyu	ige					1
A) Acreditar a la contribucion estimada 2015 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especialista (el Puedo Para el Estuario de Puedo Rico C) Aportación al Fondo Especialista (el Puedo Para el Estuario de Puedo Rico C) Aportación al Fondo Especialista (el Puedo Para el Estuario de Puedo Rico C) Aportación al Fondo Especialista (el Puedo Para el Estuario de Puedo Rico C) Aportación al Fondo Especialista (el Puedo Para el Estuario de Puedo Rico C) Aportación al Fondo Especialista (el Puedo Para el Especialista (el Especialista (el Especialista (el Puedo Para el Especialista (el Especialista (e			PASE A	LA PÁGINA 2 PARA DI	ETERMINAR SU REIN	TEGRO O PA	(GO.			
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 2 TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, linea 28) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (b) Intereses (c) Recargos y Penalidades (c) Recargos y Penalidades (di) OO AUTORIZACIÓN PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Número de su cuenta Cuenta a nombre de: (Nombre completo en lotra de molde segun aparece en su cuenta. Si es casado y inde planilla conjunta. incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración/de la persona/que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Conyuge Firma del Conyuge Firma del Especialista Numero de Registro	g g	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO							299	
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 2 TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, Jinea 28) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (b) Intereses (c) Recargos y Penalidades (c) Recargos y Penalidades 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos linea 3(a)) Número de su cuenta Cuenta a nombre de: (Nontue completo en lotra de molde segun aparece en su cuenta. Sí es casado y inde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persuna y que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Conyuge Firma del Conyuge Firma del Especialista (Leitri de) Molde) Firma del Especialista (Numero de Registro Número de Registro	릗	A) Acceditar a la contribucion estimad						. 1	,	
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)	æ							. 1		00
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (b) Intereses (c) Intereses (c) Intereses (c) Recargos y Penalidades (c) Recargos y Penalidades (c) Recargos y Penalidades (c) Recargos (c) Recargos y Penalidades (control pagades		1							299	9 00
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (b) Intereses (c) Intereses (c) Recargos y Penalidades (c) Recargos y Penalidades (c) Recargos y Penalidades (c) Recargos (c) Recargos y Penalidades (c) Recargos (c) Recargos y Penalidades (co) Intereses (co)		2 TOTAL NO PAGADO DE LA CONTR	IBHCIÓN (Enco	neillado 3 lines 22)	Company of the Compan			asc.		nn
(b) Intereses (c) Recargos y Penalidades (b) 00 (c) Recargos y Penalidades (c) 00	0	L							1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	00
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos linea 3(a)) AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde segun aperece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración/de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Cónyuge Firma del Especialista Firma del Especialista Número de Registro	äď	(b) Interes								
AUTORIZACIÓNPARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Número de su cuenta Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de moide segun aparece en su cuenta. Si os casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Cónyuge Firma del Cónyuge Firma del Especialista (Letra di Moite) FRANCES SANTIAGO TORRES Firma del Especialista Fucha Especialista por cuenta Número de Registro	-	(c) Recar	gos	y Penalidades			(09)	<u> </u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Número de su cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde segun aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración/de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Cónyuge Firma del Cónyuge Firma del Cónyuge Firma del Especialista (Letri de Moldie) FRANCES SANTIAGO TORRES Firma del Especialista Fucha Número de Registro		4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (L	.inea 2 menos					(10)		00
Cuenta a nombre deta Nombre completo en letra de molde segun aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración/de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Finda del Conyuge Fischa				AUTORIZACIÓN PARA DEI	POSITO DIRECTO DE REI	NTEGRO				
Cuenta a nombre deta Nombre completo en letra de molde segun aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración/de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Finda del Conyuge Fischa	읦	Tipo de cuenta Nún	nero de ruta/trán	nsito	Numero de su c	uenta				
Cuenta a nombre deta Nombre completo en letra de molde segun aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración/de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Finda del Conyuge Fischa	Š	Chaques Ahorros	لالالا				ШL			
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración/de la persona/que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Finna del Cónyuge Finna del Cónyuge Nombre de la Finna o Negocio HRB GROUP Finna del Especialista Finna del Especialista Finna del Especialista Número de Registro	മ്	Cuenta a nombre de:								
La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Conyuge Firma del Especialista (Leitri de Molde) FRANCES SANTIAGO TORRES Firma del Especialista Firma del Especiali	L	<u> L</u>		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u></u>					
Nombre de la Fana o Negocio FRANCES SANTIAGO TORRES Firma del Especialista Firma del Especialista Firma del Especialista Número de Registro	De La	claro bajo penalidad de p erjurio que he exam declaración/de la persona/que prepara la p	iinado la informa planilla (excepto	ación incluida en esta plani el contribuyente) es con	lla, anejos y documento respecto a la informaci	s que se acon on disponíble	apañan, y dicha	y que la misma es cierl información ha sido ve	la, correcta y comp erificada.	oleta.
FRANCES SANTIAGO TORRES HRB GROUP Firma del Especialista por cuenta Número de Registro	Fin	na del Contribuyente	~~~	Fechn	Firma del Cónyuge				Fecha	
FRANCES SANTIAGO TORRES HRB GROUP Firma del Especialista por cuenta Número de Registro	1	Nombre del Especialista il eitri da Moldo			Numbro de la Franco N	raacio	·			
Firma del Especialista Especialista por cuenta Número de Registro					1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	*				
V 124 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C	8.			fucha	Especialista por cuenta gropia lennedi ezca ann			lro		
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: 👀 Sí 🗫 No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.	¥	MOTA AL CONTRIBUTEMENTE Institute of the	nagos por la pr	oparación do su planita		- 00		na v ol mimoro do rocio	tro del Econololius	2

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc: Exhibit Page 33 of 42

Anejo M Individuo		INGRESO D	E PROFE:	SIONE	S			****	
Rev. 31 oct 14			Υ						2014
		CON	MISIONES						ZU 14
	Año contrit	butivo comenzado el 1 de enero	de_2014_y terr	minado el _ 3	11_de_dic	iembre de 2014	<u>.</u>		
Nombre del contribuyente								N	úmero de Seguro Social
Mark to Market to the state of	-		30000000000000000000000000000000000000				<u></u>		
Parte I Cuestionario Número de Identificación Patronal	3	Deberá llenar un anejo por cada			r <u></u>		<u> </u>		
66-0433561	1	proveniente de (ennegrezca uno): Contribuyente 2 Cónyu	3 Prol	ofesiones	Ennegre industri	zca aquí si ésta a o negocio prin	i es su i icipal		ha de comienzo de operaciones: Día <u>1</u> Mes <u>1</u> Año <u>2013</u>
Número de Registro de Comerciante	Ennegr utilizad	rezca agul și durante el año cont los en su industria o negocio	* \ / 4\/	o de la tot	alidad de	los activos			
	Localiza	ación de la Oficina Principal - Nún	nero, Calle y Ρυε	eblo			I		ntivo contributivo bajo:
	Coam	o PR 00769							y 1-2013 (01) y 135-2014 (02)
Clave Industrial Codigo	Naturale	eza de la profesión (Ej. abogado, co	ontador, comisior	nista, etc.)				Νú	mero de empleados
	maest								0
Indique si reclamó gastos relacionados con la ti de la totalidad de sus ingresos de actividades pasajeros o de carga o arrendamiento en el ca	itularidad, u s relacionad	iso, mantenimiento y depreciación de l das exclusivamente con la pesca o tr	os siguientes conce ansportación de pa	eptos (enne	grezca las de carga o	que apliquen). Ac	demás, inc en el casc	dique	si el negocio derivó más del 80% embarcaciones transnortación de
pasajeros o de carga o arrendamiento en el co	aso de aer	onaves, o alquiler de propiedades a po Indique si reclamó g	ersonas no relacion						
1 automóvites		OS SI No		<u>!</u>	naique si	derivo 80% o		ingi N C	reso de esa actividad
2 embarcaciones 3 aeronaves		Osi 30 No Osi 30 No	0				í 💢) N	0
propiedad residencial fuera de Puerto R	₹ico	O Si			····	0 s) No No	
Parte II Determinación d	le Gana	ncia o Pérdida	***************************************				6		
1. Ingresos		313-37-74-71114-33-44-2-33-33-33-33-33-33-33-33-33-33-33-33-3	***************************************					(01)	3,975 00
2. menos: Camidad exenta pajo Ley	135-2014	4 (02) 🔘 1 Hasta \$40.000 🤇	2 Hasta \$5	300 000 /\	/éanse in	istruccionae)		1021	100
Ingreso bruto después de la exención to lingreso ganado a través de corporato la composição de la exención to lingreso ganado a través de corporato la composição de la exención to lingreso ganado a través de corporato la composição de la exención to linguista de la exención de la exe	aciones d	de individuos, sociedades v soc	riedades especia	alec				· • • • •	00
o. Menos: Gastos de operación y otr	ros costo:	is (Informe detalle en Parte III) .						1645	3 227 00
or indicate tiero del allo coltiente (20)	me iineas	s 3 y 4 menos linea 5)						ani	720 00
7. Menos: Pérdida neta en operacion 8. Ganancia (o pérdida) (Si es una gana	iancia, tras	siade el total a la página 2. Encasi	llado 1. linea 2K d	de la plani	lla o línea	3K Columna F	lob O o F		00
Anejo CO individuo, segun aplique. Si	i es una pé	érdida, véanse instrucciones. Por ϵ	otro lado, si es un:	a nananci:	a que triba	uta a taca radur	nida bain		
una Ley de Incentivos, traslade el tota aplique a dicha ganancia)	lalacon	amna correspondiente de la linea	4(i) del Anejo A2	Individuo,	según la	tasa contributiv	ra que le	,00	720 00
Parte III Gastos de Opera	ación y	Otros Costos		************			8 5	{20)	738 00
A. Gastos deducibles para la contribut Salarios, comisiones y bonificacion	ción bás	ica alterna:					<u> </u>		
z. Gasios de nomina i veanse inst	מחתוייינותו	.e.i			2000	<u> </u>		00 00	
Aportación a planes de pensiones a	nolos cualificad	loe (Váanca instruccionas, Comot	la Madala CC CO		(03)		1,482	00 00	
3 SPINITING PROPERTY AND A SPINITING AND A SPI	INCTRICOL	IADAA)			4			00 00	
Alquiler, renta y cánones pagado Intereses sobre deudas del neg Contribuciones sobre la propieda Seguros (Véanse instrucciones)	iocio	And the second s		······	(07)			00	
Seguros (Véanse instrucciones) Senticios públicos (agua luz to	10, patem)	tes y licencias	************************		(03)		***************************************	<u>00</u>	
10. Servicios públicos (agua, luz, te 11. Depreciación y amortización (Sc	iléfono, e meta An	dc.)	**************		(10)		325	00	
Seguros (vealise instrucciones) Servicios públicos (agua, luz, te Depreciación y amortización (So Gastos de automóviles (Millaje Gastos de otros vehículos de mo Contribución federal sobre el traba	tos Alfa	691) (12) (Véanse instruccion	es)	************	(13)		414		
14. Contribución federal sobre el traba 15. Costos directos imprescindibles (S	ajo por cu	enta propia (Véanse instruccions	es)	*************	(14)		56	00 00	
15. Costos directos imprescindíbles (S 16. Subtotal (Sume líneas 1 a la 1	3ometa ar 5)	nejo detaliado. Véanse instruccio	ines)	***************************************	(16)			00	(17) 2 277 (60
B. Otras deducciones: 17. Comisiones a negocios					1			1	(17) 2,277 00
to, Reparaciones					(10)		460	00 00	
19. Otros seguros					1243			00	
22. Gastos de comida y entretenimient	to (Total d	la raetne C \ \mathrea \ \mathrea \ \	Mágaga instrucci	······································	(22)			00 00	
23. Materiales y efectos		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			(25)		200	00	
							300	88	
26. Subtotal (Sume lineas 17 a la 27. Total (Sume lineas 16 y 26. Trasla	25) ade a la l	Parte II. línea 5 de este Aneio)	.**************************************	************					(28) 960 00
			.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	***********	1				(30) 3 237 00

Modelo SC 2909

Rev. 17 feb 16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA

AUTORIZACIÓN A ESPECIALISTAS EN PLANILLAS PARA LA RADICACIÓN ELECTRÓNICA Y FIRMA DIGITAL DE LA PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

La Sección 1061.01 del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado, establece la obligación de rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos y permite que la misma sea autenticada mediante firma digital. El contribuyente que designe a un Especialista en Planillas, Declaraciones y Reclamaciones de Reintegro (Especialista) para firmar de forma digital, en su representación, su planilla, deberá completar este modelo y entregarlo al Especialista junto con copia de su licencia de

ochadali o pasaporte,			9 8 8		and junto oon bopia do su nochicia u
Parte I - Información del C	ontribuyente (S	Si rinde plenilla conjunta, debe	Juliule (ar.la información ale)	(Converse)	
LUIS ORTIZ OCASIO	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno		guro Social Contribuyente
Nombre del Cónyuge	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Numero de Se	guro Social Cónyuge
Dirección	0.045.041155	Con	re o Tec trónico	Teléfono	
URB PARAISO DE COAM COAMO PR 00769	O 615 CALLE F	t tigation of the second of the second			
	a Planilla de C	ontribución sobre ingresos	iueroa@apagpr.com	787-405-535	4
The state of the s				Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z	
1. Año Contributivo	*************************		- Control of the Cont	201	5
2. ingreso Bruto Ajustado	(Página 2, Encas	illado 1, llnea 5 de la planilla)		\$ 388	13
3. Contribución Determina	da (Página 2, End	casillado 3, linea 19 de la planill	V	\$ 2087	7
		rédito Reembolsable (Página 2, Er	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	•	<u>, </u>
5. Cantidad a Reintegrar (Página 1, línea 1	ID de la planilla)	O	\$ 553	
6. Balance Pendiente de F	Pago (Página 1, I	lnea 4 de la planilla)			
Parte III - Designación de I	Especialista 📗		Name of the latest and the latest an		
Nombre del Especialista (en letra d Antonio A Figueroa Aivarado	ie molde))		Número de Seguro Social o 66-0750323	Identificación Patron	al
Nombre de la Firma o Negocio AP Advisory Group Corp	***************************************	······································	Número de Registro		
Dirección Postal			853		·
PO Box 52006		1	Correo Electrónico	٠.	Teléfono
Toa Baja PR 00950-2006			afigueroa@apagpr.com	:	787-268-1616
Actos Autorizados – El Espe Individuos del contribuyente p			Makes market		
Parte IV - Firma del Contribu	yente - Si rinde	planilla conjunta tanto el coni	POPCHCEOMCERACONICE	anan firmansaka A	
Deciai o bajo penalidad de perjuno para el año contributivo 2015 en la copia electrónica de mi Planil de Contribución sobre Ingresos de	que he examinado _ y que la misma e la de Contribución	la copia electrónica de mi Planilla de scierta, correcta y completa. Ded sobre ingresos de la dividues. Auto-	e Contribución sobre Ingresos de aroque las cantidades de la Parte	Individuos, los anejos y	documentos que se acompañan
Firma del Contribuyente			elra de molde)		Fecha
	·	LUIS ORTI	Z OCASIO		13-04-2016
Firma del Cónyuge		Nombre (en l	etra de molde)		Fecha
	Si es	L ta Autorización no está firmad	a v fechada la misma no coré :	válida	
			ción: Diez (10) sãos	vanua.	

Período de Conservación: Diez (10) años.

1. Nombre - First Name LUIS	DEPARTMENCO: DETREMENT ET LE	TO DEPA. US/19/2010 DE HACIENDA DEPA AT OF THE TREASURY INFORMATION	1 INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s)	Social	7. Sueldos - Wages 38460.00	17. Total Sueldos Seguro Se-
ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal	8. Comisiones - Commissions	Social Security Wages
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	Employer Ident, No. (EIN) 660433481	9. Concesiones - Allowances	18. Seguro Social Pote-14
JUNCOS, PR 00777	5. Costo de cubierte de		Social Security Tax Withhe
	el patrono - Cost of employer-sponsore health coverage	0.00	0.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	6. Denativos	11. Total=7+8+9+10 38460.00	19. Total Sueldos y Pro. Medica Medicare Wages and Tips
DEPT DE EDUCACION CON CONTROL	Charitable Contributions 0.00	 Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 	38460.00
AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF	Patrono: - Employer: * Envie a: - Send to:	0.00	
HATO REY, PR 00919	Social Security Administration	13. Cont. Retenida - Tax Withheld	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
Número de Teléfono del Patroло Employer's Telephone Number	Barre, PA 18769-0001	1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund	557.67
Focha Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cease of Operations Date:	With the W-3PR *Envie al Departamento de Hacienda	3407.52	21. Propinas Seguro Social
Day Month Year	Send to Department of the Trans	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	Social Security Tips
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number	(www.hacienda.pr.gov)	16. Salarios Exentos (Ver instrucciones)	0.00
S150008	Entregue dos coplas al empleado Deliver two coples to employee	O . 0 0	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security
Número Control - Control Number	Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	15A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code	Social Security Tax on Tips
004958540	Año: 2015		0.00 23. Contrib. Medicare no Retenida
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
the last last and with man that last last last last last last last la		0.00	0.00

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY Rev. 08.15 INFORMACION PARA EL COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA SEGURO SOCIAL DEPARTMENT OF THE TREASURY 1. Nombre-First Name SOCIAL SECURITY INFORMATION 3. Núm, Seguro Social Social Security No. INFORMATION . LUIS 7. Sueldos - Wages 17. Total Sueldos Seguro Social 38460.00 Social Security Wages Apellido(s) - Surname(s) 8. Comisiones - Commissions 4. Núm. de ident. Patronal ORTIZ OCASIO Employer Ident, No. (EIN) 0.00 Dirección Postal del Empleado-Employee's Malling Address 660433481 9. Concesiones - Allowances PO BOX 3078 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por 18. Seguro Social Retenido 0.00 JUNCOS, PR 00777 Social Security Tax Withheld el patrono - Cost of employer-sponsored 10. Propinas - Tips health coverage 0.00 11. Total=7+8+9+10 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono 38460.00 Employer's Name and Mailing Address 9. Total Sueldos y Pro. Medicare 12, Gastos Reemb. y Beneficios Marginales DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS Medicare Wages and Tips Relmb, Expenses and Fringe Benefits 0.00 AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ Patrono: - Employer: 0.00 38460.00 Envie a: - Send to: 13, Cont. Retenida - Tax Withheld ESQUINA CALAF Social Security Administration HATO REY, PR 00919 20. Contrib. Medicare Retenida Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retiroment Fund Medicare Tax Withheld Número de Teléfono del Patrono Con la With the W-3PR Employer's Telephone Number 557.67 Envie al Departamento de Hacienda 3407.52 Fecha Cese de Operaciones: electrónicamente 15. Aportaciones a Planes Cualific. Cease of Operations Date: Dla Day 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips Mes Send to Department of the Treasury Contributions to CODA PLANS Αñο electronically (www.hacienda.pr.gov) Month Year Número Confirmación de Radicación Electrónica 0.00 Electronic Filing Confirmation Number 16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Entregue dos copias al empleado Exempt Salaries (See instructions) Deliver two copies to employee 22. Seguro Social no Retenido \$150008 Conserve copia para sus récords en Propinas - Uncollected 0.00 Número Control - Control Number Keep copy for your records 16A. Código de Salarios Exentos Social Security Tax on Tips Exempt Salaries Code 004958540 Año: 0.00 2015 16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 23. Contrib. Medicare no Retenida Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Formulario 482 Rev. 16 nov 16 Page 36 of 4 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO FORMA UNICA 2016 DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2016 Liquidador PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2016 O AÑO COMENZADO EL > PLANILLA ENMENDADA RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E > FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Dία de 2016 YTERMINADO EL 31 de CONTRIBUYENTE CÓNYUGE Nombre del Contribuvente Número de Seguro Social Contribuyente Acellido Paterno Apellido Materno CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA UIS EL AÑO CONTRIBUTIVO (indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido:

Dia Mes Año ORTIZ OCASIO Dirección Postal Fecha de Nacimiento Sello de Recibido URB PARAISO DE COAMO Número de Seguro Social Cónyuge 615 CALLE PAZ Eecha de Nacimiento del Sexo Código Postal 00769 COAMO PR Cónyuge Nombre e Inicial del Cónyuge 13/04/2017 11:28:15 AM Apellido Materno Apellido Paterno Mes Año Teléfono Residencia Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) '87-⁾405-5354 URB PARAISO DE COAMO Teléfono del Trabajo 615 CALLE PAZ COAMO MIBIO DE DIRECCIÓN: SI Código Postal 00769 Correo Electrónico (E-Mail) afiqueroa@apagpr.com QLICITÓ PRORROGA: SI SI NO UENTE DE MAYOR INGRESO: ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) Empleado del Gobierno, Municipios o Retirado/Pensionado Digital Residente de Puerto Rico durante todo el año? Corporaciones Públicas Trabajo Cuenta Propia (Indique la Si contestó "No", indique una de las siguientes: Empleado del Gobierno Federal industria o negocio principal) Fecha de mudanza a P.R. (Día____ Mes_ DEmpleado de Empresa Privada 6. C Otro Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día_ Mes 3. No residente durante todo el año C. C. Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no s ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: uestionar incluyen en esta plantila? (Si contestó "Si", indique la cantidad): Casado Atribuible al contribuyente \$ (Ennegrezca aquí C si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. Alribuible al cónyuge \$_ Contribuyente individual D. Cotros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: (Someta Anejo IE Individuo) Casado con capitulaciones de total separación de bienes ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) a ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Renta Casado que no vivía con su cónyuge) Internas Federal? Casado que rinde por separado ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) (Fecha en que cesó en el servicio: Día____ Mes_ Año__ CONTRATO GOBIERNO: Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Contribuyente Cónyuge Ocupación cónyuge PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 357 00 CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, ilnea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C A) Acreditar a la contribución estimada 2017 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente erauna duenta, complete el Encasillado de Depósito) 100 357 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado Pago Intereses OD 00 y Penalidades (c) Recargos 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más lineas 3(b) (10) 0 00 AUTORIZACIÓN PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente Firma del Conyuge Fecha FIRMADA ELECTRONICAMENTE 13/04/2017 Nombre del Especialista (Letra de Molde) Nombre de la Firma o Negocio Antonio A Figueroa Alvarado AP Advisory Group Corp Firma del Especialista Fecha Especialista por cuenta propia (ennegrezca aqui) Número de Registro FIRMADA ELECTRONICAMENTE 13/04/2017 6853 NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: Si No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.

	16 no/Gese:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:03	, contraction to a 1 agricult
S 1	i se acoge al cómputo opcional de la contribución en el casó de personas casadas que viven juntas y rinden planilla conjunta, no co y 2, ni las líneas 14 a la 20 del Encasillado 3, y pase al Anejo CO Individuo.	mplete los Encasillados
	1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
	1916 00	38460 00
	SUMINISTRELOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2vW-2pR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,	00
	según aplique), OO Según aplique), Según apliq	00
		00
	Total de comprobantes con esta planilla	04) 38460 00
	C- Salarios del Gobierno Federal (Total de Salarios Exentos bajo Ley 135-2014 Contribución Retenida	Salarios Federales
	Formularios W-2 con esta planilia	
	A) Distribuciones totales de planes de retiro cualificados (Anejo D Individuol Parte IV, Ilnea 24)	
	B) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Anejo D Individuo, Parte V, línea 34 o 35, según aplique)	
opt	C) Intereses (Anejo FF Individuo, Parte I, linea 5)	
Encasillado	E) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individuo, Parte II, Ilinea 3))//
ca	G) Otros Ingresos (Anejo F Individuo, Parte V. línea 4 y Anejo FF Individuo, 1997) Il línea 4)	0 00
Ē	H) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, Ilinea 48) I) Ganancia (o pérdida) atribuíble a industria o negocio (Anejo K Individuo, Parte II, Ilinea 12)	(3)
	J) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Anejo I. Individuo, Parte III. nea 14)	0 00
	K) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Anejo M Individuo Parte II, línea 8)	(6) 331 00 17) 0 00
	L) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiter (Anejo N Individuo, Parte II, IIrea 9)	18)
	N) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta → Aguijo Q1) (19) 00
	O) Participación distribuible en beneficios de sociedades, sociedades especiales, corporaciones de individuos (Someta Anejo R Ind.) (P) Distribuciones de planes de compensación diferida y/o de retiro cualificados (parciales o totales no por separación de servicio o	(0)
	terminación del plan) (Anejo F Individuo, Parte III o IV, linea 1, segun apilique)	21) 0 00
	Q) Ingreso de salarios, jornales, compensaciones o espectáculos públicos recibidos por un individuo no residente (Formulario 480.6C) (R) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: (23)	2) 0 00
	1.3. Total de Ingresos (Sume lineas 18, 10 y 2A a la 2R)	38/911VV
	4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (Núm. seg. soc. del que la recibe: (27) (26) (Núm. sentencia) (27) (27)	28) 0 00 29) 38791 00
	5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos linea 4) 6. Total de Deducciones (Anejo A Individuo, Parte I, línea 11 o Parte II, línea 6)	
	7. Exención Personal (Casado - \$7,000; Contribuyente Individual - \$3,500; Casago que rinde separado - \$3,500)	1
0 2	8. Exención por Dependientes (Complete el Anelo A1 Ind., véanse instrucciones) (3) 0 x \$2,500	
sillado	Custodia compartida o casado que rinde separado <u>B) (04) 0 x \$1,250 (06) 0 l</u> Total Exención por Dependientes (Sume líneas 8A y 8B)	_
asi	9. Exención Personal Adicional para Veteranos (\$1,500 por veterano. Si ambos con veteranos, \$3,000)	0 0 0
Enc	10. Total Deducciones y Exenciones (Sume líneas 6 a la 9)	9) 6907 00 31884 00
	12. Deducción admisible bajo la Ley 185-2014 (Véanse instrucciones)	
	13. INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCIÓN (Línea 11 menos linea 12. Sì la linea 12 es mayor que la linea 11, anote cero)	
	14. CONTRIBUCIÓN: (21) 1 Según Tabla 2 Tasas preferenciales (Anejo A2 fnd.) 3 Extranjero no residente 4 Modelo SC 2668 (2 15. Cantidad de Ajuste Gradual (Determine este ajuste si la cantidad reflejada en línea 13 o en Ariejo A2 Ind., línea 11 es mayor de \$500,000) (Anejo P Ind., línea 7) (2	
	16. CONTRIBUCIÓN REGULAR ANTES DEL CRÉDITO (Sume líneas 14 y 16	2084 00
	17. Crédito por contribuciones pagadas a países extranjeros, los Estados Unidos, sus tegritoros y posesiones (Someta Anejo C Individuo) (Véanse Inst.) (18. CONTRIBUCIÓN REGULAR NETA (Línea 16 menos línea 17)	
	19. Exceso de la Contribución Básica Alterna Neta sobre la Contribución Regular Neta (Anaio O Individuo, Parte II, línea 7) (Véanse instrucciones) (27) 0 00
	20. Crédito por contribución básica alterna (Anejo O Individuo, Parte III, Ilnea 4)	
	21. TOTAL CONTRIBUCIÓN DETERMINADA (Sume líneas 18 y 19 menos línea 20 o dote la cantidad del Anejo CO Individuo, linea 24, según aplique) (22. Recobro de crédito reclamado en exceso (Anejo B Individuo, Parte I, linea 3)	
0 3	23. Créditos contributivos (Anejo B Individuo, Parte II, Ilnea 28)	31) 0 00
Encasillad	24. RESPONSABILIDAD CONTRIBUTIVA (Sume líneas 21 y 22 menos línea 23. Propinenos de cero, anole cero)	32) 2084 100
asi	A) Mediante retención sobre salarios (Sume las líneas 1A y 1C del Encasillado 1 o líneas 1A y 2A del Anejo CO Individuo) (33) 1916 (T
E	B) Otros pagos y retenciones (Anejo 8 Individuo, Parte III, linea 22)	
	Of Ordan de la Operational Americana (Contesta Antipo DZ mariata) (No apita a Casados que maco separado), e que en esta en est	00
	E) Total Contribución Retenida, Pagada y Crédito Reemboisable (Sume lineas 25A a la 25D)	2441 00
		38) 00 39) 357 00
	1 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	39) 357 XX 40) 00
	29. BALANCE: • Si línea 27 es mayor que la suma de líneas 26 y 28, usted tiene un sobrepago. Anote diferencia aqui y en línea 1 de página 1.	
	 Si línea 27 es menor que la suma de líneas 26 y 28, usted tiene un balance pendiente de pago. Anote diferencia aquí y en línea 2 de la página 1. Si diferencia entre línea 27 y la suma de líneas 26 y 28 es igual a cero, anote cero aqui y pase a firmar su planilla en la página 1. 	357 00
	A CANTIDAD REFLEJADA EN LA LÍNEA 20 DEBERÁ TRASI ADARSE A LA LÍNEA CORRESPONDIENTE DE LA PÁGINA 1.	न <u>३७/</u> ।३

Case:17-03283-POPANTEDER#:1	3/4W < W HHD DOMP DE 4 E 4 E 4		A SEGURO SOCIAL
	2303-4-mpthodr.SAMIEMERO	Enterent 03/106/00 REASURE	II a a any E of COUNTY
LUIS	EXMINISEGUE 38 of	7. Sueldos - Wages	INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s)	Social Security No.	38460.00	17. Total Sueldos Seguro S
ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident, Patronal	8. Comisiones - Commissions	
	Employer Ident. No. (EIN)	0.00	0.
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Addre PO BOX 3078	ss 660433481	9. Concesiones - Allowances	18. Seguro Social Retenido
JUNCOS, PR 00777		0.00	Social Security Tax With
	Costo de cubierta de salud auspiciada el patrono - Cost of employer-sponso hocks		0.0
	meantii coverage	0.00	
Fecha de Nacimiento Dio Mes AAn	0.00	' .	19. Total Sueldos y Pro. Med
Date of Birth Doy Month _ Year	6. Donativos Charitable Contributions	38460.00	Medicare Wages and Ti
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	0.00	12. Gastos Reemb. y Beneficios Margina Reimb. Expenses and Fringe Benefil	ales 38460.0
Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS	Patrono: - Employer:	0.00	
**** TONTONIE (ROAD MOMBATHA	* Envie a: - Send to:	13, Cont. Retenida - Tax Withheld	20. Contrib. Medicare Reten
MDQUINA CALAR	Social Security Administration	1916.88	Medicare Tax Withheld
HATO REY, PR 00919	Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001	14. Fondo de Retiro Gubergamental	557.6
Número de Teléfono del Patrono	Con la	Governmental Retirement Fund	1
Employer's Telephone Number	With the W-3PR	3407.52	21. Propines Seguro Social
Fecha Cese de Operaciones: Diu Mes Aso	* Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente	15. Aportaciones a Planes Cualific.	Social Security Tips
vease of Operations Date:	Send to Department of the Treasury	Contributions to CODA PLANS	11
Year — Year —	electronically (www.hacienda.pr.gov)	0.00 Salarios Exentos (Ver Instrucciones	0.0
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number	* Entreque dos conias al amplando	exempt Salaries (See instructions)	
S160021	Lienver two copies to employee	Código/Code	en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tip
Número Control - Control Number	Conserve copia para sus récords Keep copy for your records		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		Código/Code 16A. O O O	0.00
006272459	Año: Year: 2016	16B. Aportaciones al Programa Ahorra	23. Contrib. Medicare no Reter
Facha do radio - 1/	Year: ZUID		y en Propinas - Uncollected
Fecha de radicación: 31 de enero - Fi	ling date: January 31	заve and Double your Money Program	III TAX OIL TIPS
		0.00	0.00
COMPROBANTE DE RETENCK Nombre-First Name			INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL
LUIS		DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
201,0	3. Núm. Seguro Social	INFORMATION 7. Sueldos - Wages	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social
ellido(s) - Surname(s)		7. Sueldos - Wages 38460.00	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
ellido(s) - Surname(s)	Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	Núm. Seguro Social Social Security No. Núm. de ident. Patronal	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASTO rección Postal del Empleado-Employee's Maillog Address	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO ección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de caluda para in la companya de caluda para in la compan	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Security Wages 0.00
ellido(s) - Surname(s)	3. Núm. Seguro Social Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cublerta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer specied.	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO ección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage	7. Sueldos - Wages 38460.00 9. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	3. Núm. Seguro Social Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	7. Sueldos - Wages 3 8 4 6 0 . 0 0 8. Comisiones - Commissions 0 . 0 0 9. Concesiones - Allowances 0 . 0 0 10. Propinas - Tips 0 . 0 0	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheli
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO ección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Cha de Nacimiento Dio Mes Month Yeor — Month	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withhele 0.00
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 cha de Nacimiento Dio Mes Año te of Birth Doy Month Yeor —	3. Núm. Seguro Social Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions	7. Sueldos - Wages 38460.00 9. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Maciological	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheli 0.00
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO ección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Cha de Nacimiento Dio Mes e of Birth Doy Month Year —	3. Núm. Seguro Social Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions	7. Sueldos - Wages 38460.00 9. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withhele 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 That de Nacimiento Dio Mes Anno Yeor — Month Yeor	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions Patrono: - Employer: 'Envie a: - Send lo:	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retentido Social Security Tax Withhele 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 cha de Nacimiento Dio Mes Month Ano Yeor — Montre y Dirección Postal del Patrono mployer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ SQUINA CALAF	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions Patrono: - Employer: 'Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Williage	7. Sueldos - Wages 38460.00 9. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withhele 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenido
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 That de Nacimiento Dio Mes Anno Yeor — Month Yeor	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions Patrono: - Employer: - Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001	7. Sueldos - Wages 38460.00 9. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retentido Social Security Tax Withhele 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Tha de Nacimiento Dio Mes Month Anno Yeor — Anno Yeor — Month Month One of Birth Month Anno Yeor — Mes Month Month One of Birth Month Anno Yeor — Mes Month One of Birth Month One of Casar Anno Yeor — Mes Month One of Casar Gonzalez Casar Gon	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions Patrono: - Employer: 'Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la	7. Sueldos - Wages 38460.00 9. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withhele 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 cha de Nacimiento Dio Mes Month Ano Yeor — Montre y Dirección Postal del Patrono mployer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ SQUINA CALAF	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 60 43 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions Patrono: - Employer: Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con Ia With the W-3PR	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Benefilos Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 That de Nacimiento Dio Mes Month Año Yeor — Month Month Yeor — Month Yeor — Month Yeor — Month Month Yeor — Month Month Month Yeor — Month Month Yeor — Month Month Yeor — Month Month Yeor — Month Mont	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions Patrono: - Employer: Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con Ia With the W-3PR Fenvie al Departamento de Hacienda electrónicamente	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withhele 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Tha de Nacimiento Dio Mes Año Yeor — Month — Mes — Month —	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: - Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR - Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronicaliv	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
ediido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 cha de Nacimiento Dio Mes Month Yeor — Año Doy — Month — Yeor — M	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 60 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions Patrono: - Employer: - Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR Envie al Departamento de Hacienda electronicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov)	7. Sueldos - Wages 38460.00 9. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52 15. Aportaciones a Planes Cualiffic. Contributions to CODA PLANS 0.00 Salarios Exentos (Ver instrucciones)	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 The de Nacimiento Dio Mes Ano Yeor — Mes Month Mes	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 7. 00 Patrono: - Employer: - Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR - Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) - Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to a melio de positiones de melio de delectrón partenanto de Deliver two copies to a melio de positiones de melio de delectrón partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de parte	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Benefluios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00 Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See Instructions)	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withhele 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenida
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 The de Nacimiento Dio Mes Ano Yeor — Mes Ano Yeor — Month —	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR 'Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords	7. Sueldos - Wages 38460.00 9. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52 15. Aportaciones a Planes Cualiffic. Contributions to CODA PLANS 0.00 Salarios Exentos (Ver instrucciones)	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 The de Nacimiento Dio Mes Ano Yeor — Ano Yeor — Ano Yeor — Month — Yeor — Month — Yeor — Month — Yeor — Month — Yeor — Mes Ano Yeor — Month — Yeor — Mes Ano Yeor — Month — Yeor — Mes Ano Yeor — Month — Yeor — Month — Yeor — Mes Ano Yeor — Month — Yeor — Month — Yeor — Mes Ano Yeor — Month — Yeor — Month — Yeor — Mes Ano Yeor — Mes	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 7. 00 Patrono: - Employer: - Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR - Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) - Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to a melio de positiones de melio de delectrón partenanto de Deliver two copies to a melio de positiones de melio de delectrón partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de partenanto de Deliver two copies to a melio de partenanto de parte	7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3407.52 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00 Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions)	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 The de Nacimiento Dio Mes Año Yeor — Month	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 7.00 Patrono: - Employer: Envie a: - Sand Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR ' Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	1.	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 The de Nacimiento Dio Mes Año Yeor — Monith — Yeor — Mes Año Mes Año Mes Año Mes Monith — Yeor — Monith — Yeor — Monith — Yeor — Mes Año Mes Monith — Yeor — Monit	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: 'Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR 'Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.qov) 'Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords Keep copy for your records Año:	1.	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 23. Contrib, Medicare no Retenida
ellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO rección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 The de Nacimiento Dio Mes Año Yeor — Month	3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: 'Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR 'Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.qov) 'Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords Keep copy for your records Año:	1.	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00

••

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Page 39 of 42 GOBIERNO DE PUERTO RICO FORMA UNICA Número de Serié 2017 2017 DEPARTAMENTO DE HACIENDA Liquidador. Revisor PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL DI ANII LA FINNFNIDADA RO VI V2 PT P2 N'DID2E AM O FALLECIDO DURANTE EL AÑO: de 2017 Y TERMINADO EL 31 de 2017 **CÓNYUGE** ONTRIBUYENTE Nombre del Contribuvente Apellido Paterno Apellido Materno Número de Seguro Social Contribuyente CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA CONYUGE SUPERSTIE RIVE STITUS ES LAÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: ; Día Mes Año LUIS ORTIZ OCASIO Dirección Postal Fecha de Nacimiento Sexo M STATE The state of Sella de Recibido 🦙 URB PARAISO DE COAMO Número de Seguro Social Cónyuge 615 CALLE PAZ Fecha de Nacimiento del Sexo COAMO Código Postal 00769 Cónyuge Nombre e Inicial del Cónyuge 28/3/2018 3:52:19 PM Apellido Materno Mes Año ad in Gray In which Teléfono Residencia Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) 787-[]]405-5354 URB PARAISO DE COAMO Telélono del Trabajo 615 CALLE PAZ COAMO CAMBIO DE DIRECCIÓN: SI NO Código Postal 00769 Correo Electrónico (E-Mail) afigueroa@apagpr.com LOLICITÓ PRÓFIROGA: SÍ NO CONTRATO GOBIERNO: Contribuyante Cónyuga SÍ **EUENTE DE MAYOR INGRESO:** ¿Cíudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) Empleado del Gobiemo, Municipios o 4. Retirado/Pensionado AResidente de Puerto Rico durante todo el año? Corporaciones Públicas 5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la Si contestó "No", indique una de las siguientes: Empleado del Gobierno Federal industria o negocio principal) Fecha de mudanza a P.R. (Día____ _ Mes Empleado de Empresa Privada 2. Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes 6. Otro 3. No residente durante todo el año Cuestionario ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no s J, STADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: incluyen en esta planilla? (Si contestó "Sí", indique la cantidad): Casado Atribuible al contribuyente \$_ (Ennegrezca aquí Si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. Atribulble al cónyuge \$_ Contribuyente individual ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge ai es: ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) Casado con capitulaciones de total separación de bienes ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Renta Casado que no vivía con su cónyuge) Internas Federal? Casado que rinde por separado ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) (Fecha en que cesó en el servicio: Día__ Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? Ocupación del contribuyente Maestro de Escuel 6110 Contribuyente (Núm. decreto) 2. Cónyuge (Núm. decreto Ocupación del cónyuge PASE A LA PÁGINA 2 PAHA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. . CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) A) Acreditar a la contribución estimada 2018 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una duenta, complete el Encasillado de Depósito) QQ 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) Pago 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de µp Programa Certificado 00 Intereses Recargos y Penalidades 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y (b) 0 00 AUTORIZACIÓN PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Número de su cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente Fecha Firma del Cónyuge FIRMADA ELECTRONICAMENTE 28/3/2018 Nombre del Especialista (Letra de Molde) Nombre de la Firma o Negocio Antonio A Figueroa Alvarado Advisory Group Corp lista por cuenta | Númerode Registro Firma del Especialista Fecha Especialista por cuenta propia (ennegrezca aqui) FIRMADA ELECTRONICAMENTE 28/3/2018 6853 NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: 1 No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista

Exhibit Page 40 of 42

ulario 499R-2/W-2PR GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNO 77.17 DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPAR	MENT OF PUERTO RICO	INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL				
222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - W	ITHHOLDING STATEMENT	INFORMATION	SOCIAL SECURITY INFORMATION				
1. Nombre - First Name	Núm, Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages				
LUIS	- 180 C 180 C	8. Comisiones - Commissions	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
Apellido(s) - Last Name(s)	4 . Nûm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)	0.00	0.0				
A ORTIZ OCASIO	660433481-081	9. Concesiones - Allowances O.OO	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld				
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address	Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-	10. Propinas - Tips					
PO BOX 3078	sponsored health coverage .	0.00 11. Total = 7 + 8 + 9 + 10	0.00				
NINOCO DE COMP	6. Donativos	38,460.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips				
JUNCOS PR 00777 Fecha de Nacimiento: Día Mes Mes Año	Charitable Contributions	12. Gastos Reemb, y Beneficios Marginales Reimb, Expenses and Fringe Benefits	,				
Date of Birth: Day Month Year	0.00	0.00}	38,460.00				
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Patrono: - Employer:	1	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld				
DEPT DE EDUCACION CLASIFICADOS	Social Security Administration Data Operations Center	1,917.99					
AVE. TENIENTE CESAR GO ESQUINA CALAF	Wilkes-Barre, PA 18769-0001	Governmental Retirement Fund	557.67				
HATO REY PR 00919	With the W-3PR	3,399,63	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips				
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508	Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente	Contributions to CODA PLANS	additionality 1162				
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	Send to Department of the Treasury electronically	0.00 Salarios Exentos (Ver instrucciones)	0.00				
Cease of Operations Date: Day Month Year Número Confirmación de Radicación Electrónica		Exempl Salarias (Soo instructions) [22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected				
Electronic Filing Confirmation Number \$170008	 Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee 	16. 0.00	Social Security Tax on Tips				
Número Control - Control Number	 Conserve copia para sus récords Keep copy for your records 	Código/Code 16A. 0.00	0.00				
006994149		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y	23, Contrib, Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips				
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing d		Save and Double your Money Program 0.00	0.00				

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO DEBERA SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo indivíduo residente que:

sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo luviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031,02 del Código mayor de \$5,000; sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031,02 del Código de \$2,500 o más; o

tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

PENALIDAD – El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítuto del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de rectusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítuto correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2cM-2cPR.

INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
 is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code
 has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY — The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than \$0 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2cW-2cPR.

Forn	_	-			23	oct	18				(Carried to																			
	Liquidador			Revisor					evisor 2018 GOBIERNO DE DEPARTAMENT						ERTO	RICO	N WHAT IS NOT THE		2018	Número de Serie										
									PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE								MDN							og a	- 1944-2 11 - 1) ; }				
R	R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M						8.4	AÑO CONTRIBUTIVO 2019 A) AÑO	COME	ENZAD() Ef	10009	PLANILLA ENMENDADA												
								01 do 01 de 2018 VICTORIANO										FALLECIDO DURANTE EL AÑO:												
No	more	def C	Contri	uven	te		Inici	al :	I Ar	pelildo i	Paler		01 Apellido							_		CONTR	RIBUYEI	VTE		Xa Me Conyu	3E	ño		
LUIS ORTIZ OCAS											o de a		ociai C	ontrouyent	CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PAR EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: ; Día_Mes_Año_						PARA									
Dirección Postal										Nacimier	nio	Sexo	-	fech	de def	unción	del có	nyuge	fallecid	O:	y , \									
URB PARAISO DE COAMO								•	1400			€ M ○ F	T _y	. :	-	Sello	de Re	cibido	(vacs		<u></u>									
								Núm	Mes ero de			l Cónyuge	-	::																
6:	615 CALLE PAZ										-													• •						
	COAMO PR Código Postal 00769									Fech:	a de Na Cóny	acimienk yuge	dei	Sexo M			·		100											
Non	Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno assa								- 180	Pla	Mes			○ F	1	2/3/	2019	3:4	17:4	3 PI	ч.		ï							
Dire	ción	Resid	lencia	Con	pleta	(Bar	io o	Urbai	nizac	ión, Nú	imero	o, Calle)					g⊃.c meni		léfono F		ala	7			.,	ille Walt	1130	` `		
						E C						,				L	#16.E		03-5 éfono d		ajo	-					v.			
6:	.5	CA	LLE	P.	ΑZ											A STATE OF	1000 E									*i _{2. j} :				' '
-	AM							PR		<u></u>		Código Postal 00769					_				SI No						; ·			
Corr	o El				p.	lan	il	las	3@2	apac	3pr	c.com					SOLICIT	Ó PRÓF	RROGA:	0	Si Alexandria	CO	NTRATO	GOBIE	RNO: C	⊃Coi	ntribuye	inte C	⊃Con;	yuge
	A			Š٤	Ciu	dada	ПО	de	Esta	ados	Uni	dos? (Véa	nse inst	ruccione	s)	(* I.					INGRESO:				~ ~ ~			1		
A. ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) 8. ¿Residente de Puerto Rico durante fodo el año? Si contestó "No" indique una de las siguientes: 1. **CENTE DE MATOR INGRESO: **Empleado del Gobierno, Municipios o 4. ** **Retirador Corporaciones Públicas 5. ** Trabajo 5. **Trabajo 5. **Trabajo 5. **Trabajo 6. **Trabajo 7. **Trabajo 6. **Trabajo 7. **Trabajo 7. **Trabajo 8. **Trabajo 7. **Trabajo 8. **Trabajo 8. **Trabajo 8. **Trabajo 9. **Trabajo 1. **Trabajo 9. **Trabajo 1. **Trabajo															ndiaue	a la														
	Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. Fecha de mudanza a P.R. (Dla) 2. Fecha de mudanza fuera de P.R. (Dia)										المحاصلات	₩2. C		mplead	o del (Gobierno Fo Empresa Pr	edera	I		indu	istria o	negoo	io princ							
٦				3) 	ech lo r	ıa de esid	mu ente	idanza dura	a fue inte	era de P.R. todo el añ	(Dia)	H. T. T. L.	ga≶″ æsstg., , ,		iiipieau	o de r	impresa Pr	nvaqa		b. C	⊃ Otro	·				
Cuestionario	3. No residente durante todo el año ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:																													
5	incluyen en esta planilla? (Si contestó "Si", indique la cantidad): 1. Atribuible al contribuyente \$ 2. Atribuible al cónyuge \$ (Ennegre																													
est	ח	_) a										oontribus	dian.		8 8-1-2-21	(Ennegrezca aqui s i se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. Contribuyente individual													
3				- (Son	eta	An	eio	IE I	Indivi	duo)	li li					(Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:							s:					
	F	\subseteq) (E		Inc. Soc	viduo io de) re e un	side a so	nte ociec	invers lad s	sioni uieta	nista? (Someta Anejo F1 Individuo) eta a tributación bajo el Código de Renta					Casado con capitulaciones de total separación de bienes Casado que no vivía con su cónyuge)													
	internas Federal?																3 , (\supset Ci	asado	que rir	ide por sej	parad	parado							
	G. ¿Militar activo en zona de (Fecha en que cesó en el se										sen	ervicio: Día)					- I		,				ro social del cónyuge arriba)							
	Н		> 6	ن دد 1	Med	lico O (cua Cont	lifica Iribuy	ido i vent	bajo I e (Nú	a Lo	ey 14-2017? seessaar n) n					Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6							61	10					
<u> </u>				2	\subseteq	> 0	Òпу	uge	(Nú	ım. de	есге	to)						cónyuge									
		. `			•			• • • •		`,'											GRO O P					9.50	,	2; Ø.	3.	
Reintegro	1. 1	CON	TRI	IUCI	ÓN	PAC	AD	ΑE	N E	EXCE	so	(Encasillad	o 3, line	ea 29. In	idique di	stribuci	ióη en	las li	ineas A	, B, (Су D)		•••••		D	(01)			304	4 00
nte		4) M 3) A	icrei inort	ntar aciór	ส เลโ	aco Fon	रासः। स	DUCK Feni	on (ecia	esum L par	ada a ol	2019 LEstuario	da la R		Can lu				• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				**********	*********	*******	(02)				00
Re		-, .,	, p ~ 1 .	20101			uu	LOP.	colu	pare	u G	Lamano	ue la Di	aista uc	odii dii	all agon	W	********		*****	**************			******		(03)		· · · · · ·		00
	-) A (C	RE	NTE	GR/	\R (Si d	esea	a qu	ie se	le c	leposite el	reintegr	ro direct	amente	en una	≱€uen	ita, co	mplete	el En	casillado c	de De	pósito)	***********		(05)			304	1 00
		-							-							100	3	سسمانا		-						-		-	204	
٦	3.	Men	os:	Cant	idad	יתטינ ממ	ada	ı. L. 3 (a	n c	Con	ixio Plar	nilla o Fie	ncasmac etrónica	mente :	ea Zy) : travéc	- J	 	arama	Codil		***************************************		*********			(06)				00
Pago						1	,														****************		**********		*********	00				100
<u> </u>									;)	Reca	argo	os		y Penali	dades _			******				. (09)				00				
	4.	BAL	ANC	ΕP	ENE	IEN	ΤE	DE	PAC	30 (L	inea	a 2 menos														(10)			(00 c
0	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos finea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) AUTORIZACIÓN PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Número de ruta fráncia.															***************************************			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·											
Sit	Número de ruta/tránsito										2	9	 	_	1L	٦	<u></u>	-, l												
Depósito				•					·c	L	1	OCASI		ئــالـــــ	التال	1		الــــــــا	ثالث	سالـــ	الجالجا	4	ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ		ILI	IL_	_ _	لـــالــ	ـــال	
							1)	lomb	ле с	omple	to er	n letra de mo	lde segúr								njunta, inclu								·	i .
Dec	laro	bajo	pei	alida	ad d	e pe	riuri	o at	ie h	e exa	ımin	ado la info	mación	incluida	en esta	nlanilla	anei	os v d	locume	ntoe o	He se son	าเกลก็ส	יי אי מו	ia la m	iema o	s ciert	a, cor	recta y	comp	leta.
La	ucol	aracı I Co	iQH I	10 10	l ho	son	ı qı	ue p	repa	ara la	pla	піна (ехсе	oto el co	ontribuye Třecha	inte) es	con re	specto	o a la	inform Conyugo	acion	disponible	y die	ha info	rmació	n ha s	ido ve	Fed	ia.		
1	FI	RMA	DA	EI	EC	TRO	OM:	CCA	ME	NTE					3/201	۵	,		,								60	il.		

Case:17-03283-LTS Doc#:12383-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:39:01 Desc:

Formularlo
Form 499R-2/W-2PR
Rev. 07.18

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTAMENTO FINE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF THE TREASURY

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT

99R-2/W-2PR GOSIERNO DE PUERTO RICO - GOVER 18 DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTAMENTO DE RETENCIÓN - \	Información para el departamento de Hacienda • department of the treasury Information	INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name	Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 39,293,35	17. Tolal Sueldos Seguro Social Social Security Wages
LUIS A		8. Comisiones - Commissions 0.00	0.00
Apellido(s) - Last Name(s)	4. Núm. de Ident, Patronat Employer Ident, No. (EIN)	9. Concesiones - Allowances 0.00	18, Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
ORTIZ OCASIO	66-0433481	10. Propinas - Tips 0.00	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address	Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost el employer- sponsored health coverage	11. Total = 7+8+9+10	0.00
PO BOX 3078		39,293.35 12. Gastos Reemb, y Beneficios Marginales	19. Total Sueidos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
JUNCOS PR 00777	6. Donativos Charitable Contributions	0.00	
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Date of Birth: Day Month Year	0.00	13. Cont. Retenida - Tax Withheld	39,293.35 20. Contrib. Medicare Retenida
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailling Address DEPT DE EDUCACION CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GO	Patrono: - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate If the renumeration includes	1,999.54 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 3,482.52	Medicare Tax Withheld 569.75
ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919-0000 Número de Teléfono del Patrono	payments to the employee for: A- Servicios prestados por un médico cuelificado bajo la Ley 14-2017	Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS O.00 Salarios Exentos (Ver Instrucciones)	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
Employer's Telephone Number Fecha Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cease of Operalions Date: Day Month Year	Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017 B- B- Servicios domésticos	Exempt Salaries (See Instructions) Chitocode 16. 0.00	0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected
Número Confirmación de Radicación Electronica Electronic Filing Confirmation Number	Domestic services	Cíxliga/Code 16A, 0.00	Social Security Tex on Tips
F0717193216 Número Control - Control Number	C- Olros/Others:	C64/gwCode 16B. 0.00	0.00 23. Contrib. Medicare no Retenida
180075728	Año: 2018	16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31	Year: ZUIO .	0.00	0.00



